

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na promoção do**  
**autocuidado do doente com AVC**

**Filipa Andreia Simões dos Santos**

**Lisboa**  
**2017**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Reabilitação**  
Relatório de Estágio

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na promoção do**  
**autocuidado do doente com AVC**


**Filipa Andreia Simões dos Santos**

Orientador: Professor Joaquim Paulo Oliveira

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





*"All nurses can save lifes, rehab nurses save the quality of life"*

Laura Solkowitz

## Agradecimentos

A todas as pessoas de quem cuidei, em ambos os locais de estágio, por me terem possibilitado toda a aprendizagem, por confiarem e acreditarem em mim.

Às pessoas de quem cuidei no meu local de trabalho, por compreenderem todo o meu cansaço e colaborarem comigo.

Ao Professor Joaquim Paulo Oliveira pela orientação, disponibilidade e compreensão durante todo este percurso.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação orientadores de ambos os locais de estágio, assim como às respectivas equipas por todos os momentos de aprendizagem proporcionados, pela disponibilidade que sempre manifestaram, por todo o seu profissionalismo e luta pela valorização da Enfermagem de Reabilitação.

Aos meus pais e ao meu marido pela paciência e tolerância nos piores momentos, pela compreensão de todo o tempo que lhes roubei, pelo apoio incondicional, palavras de incentivo e por acreditarem mesmo quando eu duvidei!

Obrigada por tudo!

## **LISTA DE SIGLAS**

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AHA – American Heart Association

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESO – European Stroke Organization

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RFM – Reabilitação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RPQCEER – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

TAS – Técnicos Auxiliares de Saúde

TDACE – Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar





## RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado uma das afeções neurológicas agudas mais comuns, apresentando-se como um grave problema de saúde pública, constituindo em Portugal a principal causa de morte, de incapacidade e de dependência nas pessoas com mais idade. As alterações físicas e psíquicas decorrentes do AVC originam um défice de autocuidado; neste sentido a reabilitação apresenta-se como o elemento chave para ajudar o doente a adquirir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas atividades de autocuidado. O objetivo do processo de reabilitação traduz-se na limitação do impacto do AVC quer para a vítima, quer para o seu cuidador e na diminuição do risco de morte. Neste contexto, o problema geral encontrado foi: “Qual a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado do doente com AVC?”.

De forma a enquadrar a intervenção de Enfermagem de Reabilitação optei por abraçar o modelo teórico Dorothea Orem, a Teoria do Défice de Auto-Cuidado na Enfermagem (TDACE), visto esta ser a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa, existindo um défice na sua ação de autocuidado.

O presente relatório tem como objetivo explicar de forma reflexiva as atividades e experiências vivenciadas ao longo do estágio, as quais sustentaram o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

O percurso desenvolvido durante o estágio foi repleto de experiências de aprendizagem que possibilitaram alcançar os objetivos definidos em Projeto de Estágio bem como desenvolver as competências previstas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Através da aplicação de escalas e instrumentos de medida adequados e utilizados na prática diária da Enfermagem de Reabilitação (ER) foram observados ganhos em saúde significativos com a intervenção do EEER, em pessoas com alterações neurológicas, cardiorrespiratórias, sensoriais e de eliminação, nomeadamente na capacidade de autocuidado do doente com AVC.

Palavras-chave: AVC; Enfermagem de Reabilitação; Autocuidado

## **ABSTRACT**

Stroke is considered one of the most common acute neurological affections, presenting itself as a serious public health issue and being the main cause of death, incapacity and dependence in the elderly people, in Portugal. Physical and psychological changes after stroke result in a self-care deficit; so, rehabilitation is the key element to help the patient acquiring and maintaining the maximum independence and safely performing self-care activities. The purpose of rehabilitation is to limit the impact of stroke both on the victim and on the caregiver and also reducing the risk of death. In this context, the general problem found was: "How important is the intervention of the Rehabilitation Nurse Specialist to promote self-care in patients after stroke?".

Dorothea Orem's Self-Care Deficit theory was used because this theory supports the promotion of self-care, especially when self-care is limited by the patient's health condition.

This reflexive report presents the internship activities and experiences, which sustained the development of the Rehabilitation Nurse Specialist common and specific skills.

The internship was full of learning experiences, enabling the achievement of the goals defined in the internship project and the development of the skills proposed by the Portuguese Order of Nurses. Using appropriate scales and measurement instruments of the Rehabilitation Nursing practice, significant health gains were observed with the intervention of the Rehabilitation Nurse Specialist, in patients with neurological, cardiorespiratory, sensorial and elimination changes, namely in the self-care performance post-stroke.

**Keywords:** Stroke; Rehabilitation Nursing; Self-care

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Enquadramento conceptual.....</b>	<b>15</b>
1.1.1. A pessoa em situação de AVC.....	15
1.1.2. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ..	22
1.1.3. Utilização do quadro de referência em enfermagem .....	27
<b>2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos .....</b>	<b>35</b>
<b>2.2. Análise e Reflexão das Competências Desenvolvidas em Estágio .....</b>	<b>52</b>
<b>2.3.Avaliação Global do Trabalho Desenvolvido em Estágio .....</b>	<b>57</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>

## APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio

Apêndice II – Entrevistas a doentes com AVC e respetivos familiares cuidadores

Apêndice III – Documento para avaliação neurológica

Apêndice IV – Estudos de Caso no Serviço de Medicina

Apêndice V – Mini Mental State Examination senhor N.

Apêndice VI – Encaminhamento de Enfermagem para a Rede Nacional de Cuidados  
Continuados Integrados

Apêndice VII – Estudo de Caso na UCC

Apêndice VIII – Panfletos e folheto sobre AVC

Apêndice IX – Artigo para a rádio

## ANEXOS

Anexo I – Escala de Glasgow

Anexo II – Escala de Barthel

Anexo III – Escala de Berg

Anexo IV – Escala de Braden

Anexo V – Escala de Morse

Anexo VI – Mini Mental State Examination

Anexo VII – Avaliação dos EEER orientadores



## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio emerge do contínuo processo de aprendizagem desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no plano curricular do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este compreende uma abordagem reflexiva do trajeto realizado durante o estágio, com a mobilização e descrição das competências e atividades desenvolvidas. Pretende-se assim descrever e analisar o processo de desenvolvimento de competências à luz das competências comuns e específicas do EEER. O Projeto de Estágio anteriormente desenvolvido na Unidade Curricular Opção II (Apêndice I), subordinado ao tema *A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado do doente com AVC*, foi implementado durante o estágio em dois contextos diferentes, o primeiro num Serviço de Medicina de um Hospital de média dimensão e o segundo numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), do qual faz parte integrante uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A seleção da temática em causa, aquando da elaboração do Projeto de Estágio, relacionou-se com motivações pessoais e profissionais. Do ponto de vista pessoal relaciona-se com a minha ambição de promover a autonomia e independência do doente com AVC, visto este ser um grave problema de saúde pública no nosso país, levando à incapacidade das pessoas com mais idade (DGS, 2003; DGS, 2015). E também por ter vivenciado, de perto, várias situações de pessoas acometidas pelo AVC, que eram independentes e passaram a apresentar um elevado grau de dependência nos diversos autocuidados. Do ponto de vista profissional, a minha motivação pela temática prende-se com o facto de no Centro Hospitalar onde exerço funções pretender-se criar um núcleo de Reabilitação do Doente com AVC, considerando eu que desta forma os conhecimentos adquiridos nos diferentes locais de estágio, assim como nas diversas unidades curriculares que integram o Mestrado poderão vir a ser uma mais-valia para o trabalho a desempenhar por esta equipa.

Neste sentido, quando realizei a pesquisa bibliográfica com o intuito de obter uma linha lógica de pensamento, orientada para a fundamentação do problema em estudo percebi que a reabilitação é um elemento chave para ajudar o doente a adquirir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas atividades de autocuidado (Hoeman, 2000). O objetivo do processo de reabilitação traduz-se na

limitação do impacto do AVC quer para a vítima, quer para o seu cuidador e na diminuição do risco de morte. A reabilitação, que idealmente deve ser o mais precoce possível, reduz a mortalidade, tem um impacto positivo na funcionalidade e reduz a incidência de transferências para unidades de cuidados de longo prazo (Leite & Faro, 2005). Evidências de estudos clínicos sugerem que a intervenção precoce leva a uma melhoria dos resultados físicos e funcionais, devendo ser iniciada logo que a condição dos doentes o permita (American Heart Association [AHA], 2011). O mesmo autor verificou que existe uma relação entre o aumento da intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as atividades de vida diária (AVD), e a melhoria dos resultados funcionais. Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2011a, p. 1), o termo AVD é definido como um:

conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades ou tarefas podem ser subdivididas em dois grupos: cuidado pessoal ou atividades básicas de vida diárias (ABVD), e atividades domésticas e comunitárias ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

As AVD fazem parte do quotidiano do indivíduo, sendo atividades de autocuidado que satisfazem as necessidades e exigências de vida do indivíduo no seu dia-a-dia. “O autocuidado é reconhecido como uma habilidade humana, sendo que a sua execução está diretamente ligada às condições que cada indivíduo possui para auto cuidar-se” (Lessmann et al., 2011, p.199). O treino das AVD é fundamental nos programas de reabilitação, tendo como objetivo principal proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de independência funcional possível (OE, 2011a).

Neste sentido, e para consolidar os conhecimentos adquiridos na pesquisa bibliográfica, relativamente à importância do treino de AVD na promoção do autocuidado do doente com AVC, fui incitada, aquando da apresentação do meu Projeto de Estágio, a realizar um estágio de observação num Centro de Reabilitação, o que se tornou numa realidade mostrando-se enriquecedor.

Dada a necessidade da adoção de uma filosofia de cuidados, optou-se por abraçar o modelo teórico Dorothea Orem, a TDACE. Esta opção prende-se com o facto de ser esta a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa, existindo um défice na sua ação de autocuidado. Neste contexto, o doente deve ser encarado como o centro dos cuidados de enfermagem e visto como parceiro, pois é esse o paradigma da ER. A pessoa é vista como um todo, capaz de pensar,

agir, sentir, participar, tomar decisões sobre si mesmo, no seu processo de saúde/doença. Neste sentido, o EEER é o profissional capaz de identificar, compreender e potenciar a pessoa na satisfação das suas necessidades, caminhando com ela, no sentido de promover a sua autonomia, descobrir o que faz sentido, o que dá sentido ao que exprime sobre a forma de expectativas, desejos ou dificuldades (Hesbeen, 2003). O EEER trabalha com os doentes para que estes consigam realizar as suas AVD, atingindo assim o nível máximo de independência funcional, promovendo o autocuidado (Hoeman, 2000). Assim, de acordo com a evidência científica e segundo os autores referidos anteriormente, posso concluir que a intervenção do EEER promove o autocuidado do doente com AVC, o que se encontra também suportado pelas competências do EEER, por exemplo, quando é referido que este “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (OE, 2010, p. 3).

No que concerne à estrutura, este relatório será dividido em duas partes fundamentais. Na primeira parte é apresentada a componente científica e formativa, a qual serviu de base para a elaboração do Projeto de Estágio (Apêndice I), na qual consta o enquadramento conceptual. Na segunda parte expõe-se a implementação do projeto, na qual é citado o problema geral, são descritos os locais de estágio, é realizada a descrição e análise das atividades desenvolvidas em função dos objetivos anteriormente delineados no Projeto de Estágio, seguidamente é efetuada a análise e reflexão das competências desenvolvidas em estágio e por fim avalia-se globalmente o trabalho desenvolvido em estágio. Concluo este relatório com as considerações finais. No desenvolvimento deste relatório remete-se para apêndices e anexos documentos essenciais para a concretização deste trabalho.





# 1. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

## 1.1. Enquadramento conceptual

De acordo com Fortin (1999) “o quadro conceptual é a explicação que é dada apoiada pela publicação e pela investigação no que concerne aos conceitos e estudo”.

Neste enquadramento é abordado a pessoa em situação de AVC, a intervenção do EEER e a explicitação do quadro de referência de enfermagem utilizado.

### 1.1.1. *A pessoa em situação de AVC*

A atualidade apresenta um envelhecimento da população mundial; a faixa etária de idosos aumenta gradualmente em relação aos demais, surgindo uma nova epidemiologia, um novo perfil de morbilidade e mortalidade associado a um aumento significativo da prevalência de doenças crónicas, salientando-se entre elas o AVC (Monteiro et al., 2013). A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2010, p. 2) classifica o AVC como “a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos”. Em Portugal, o AVC assume-se como um grave problema de saúde pública, constituindo a principal causa de morte e de incapacidade nas pessoas com mais idade (DGS, 2003; DGS, 2015). Em 2014 o Instituto Nacional de Estatística contabilizou 11808 óbitos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016). De acordo com Sá (2009, p. 14),

está calculado que no nosso país, seis pessoas em cada hora, sofrem um AVC e que duas a três morrem em consequência desta doença. Em termos genéricos, o número de vítimas mortais por mês em Portugal equivale à queda de um avião (mais de 500 pessoas) e, por ano, os AVCs são responsáveis pela morte de 200 em cada 100.000 portugueses.

Schäffler & Menche (2004) referem que 50% dos doentes vítimas de AVC morrem nos primeiros 6 meses, e dos sobreviventes, 30% continuam dependentes. Na mesma linha de pensamento, Paixão, Teixeira e Silva (2009, p. 2) salientam que

as sequelas de um AVC implicam sempre algum grau de dependência. Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVC são impedidos de voltar ao trabalho e necessitam algum tipo de ajuda no desempenho das atividades de vida diária, seja ela parcial ou total.

O AVC é considerado uma das afeções neurológicas agudas mais comuns, assim como uma das patologias mais frequentes com necessidade de internamento

hospitalar (Ferro & Pimentel, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) o AVC consiste num “Comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) de provável origem vascular”, sendo desta forma excluído o Acidente Isquémico Transitório (AIT), que tem por base uma alteração transitória da perfusão de determinada região cerebral, com uma duração insuficiente para causar enfarte (Cambier, Masson & Dehen, 2005).

De acordo com a sua etiologia o AVC divide-se em hemorrágico e isquémico (OMS, 2006). Este último representa 85% dos casos, relacionando-se com a supressão de aporte sanguíneo a uma área cerebral após oclusão de um vaso sanguíneo; por sua vez o AVC hemorrágico associa-se à rutura de um vaso sanguíneo, sendo menos frequente (Correia, 2006). O AVC pode ainda ser dividido em subtipos: o isquémico que se pode dividir em trombótico, embólico ou lacunar, e o hemorrágico sob a forma intracerebral ou subaracnoide (Braunwald et al., 2008).

Segundo Ferro e Pimentel (2006) os fatores de risco de AVC dividem-se em modificáveis e não modificáveis, sendo que os não modificáveis que mais contribuem para a ocorrência de AVC são a idade, o género e etnia.

Rocha (2008) refere que com o aumento da idade, há uma maior probabilidade de AVC, ou seja, indivíduos em faixas etárias mais avançadas são mais afetados por AVC comparativamente aos mais novos. Martins (2006) também menciona que o fator idade é o mais importante; apesar de existirem casos de AVC em adultos jovens ou mesmo em crianças, a maior prevalência é a partir dos 50 anos, duplicando ou triplicando por cada 10 anos de avanço na idade. Phipps (2003) corrobora a mesma ideia aludindo que o risco de AVC aumenta consoante a idade, sendo que cerca de 85% ocorre em pessoas com mais de 65 anos e que é raro aparecer um AVC antes dos 55 anos. De igual forma, Azeredo e Matos (2003) reportam a existência de um aumento de risco de aparecimento de AVC com o avanço da idade.

Como fator de risco modificável, Ferro e Pimentel (2006) sugerem como crucial a hipertensão arterial (HTA), o que vai de encontro ao defendido por Branco e Santos (2010), quando referem que a HTA é um dos principais problemas nos países desenvolvidos, atingindo aproximadamente 1000 milhões de pessoas em todo o mundo. Prevê-se, que no futuro, a sua prevalência vá aumentar notavelmente, se não forem tomadas medidas de prevenção infalíveis e abrangentes. Além da HTA, são considerados outros fatores de risco modificáveis: a diabetes mellitus, a

hiperlipidemia, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o sedentarismo e o AIT (Ferro & Pimentel, 2006). O estudo realizado por Lessmann et al. (2011) corrobora estes dados visto que todos os pacientes vítimas de AVC envolvidos tinham diagnóstico de HTA e 60% de diabetes mellitus. É fundamental a identificação dos fatores de risco e a intervenção de uma equipa multidisciplinar no sentido de promover a adoção de hábitos de vida saudáveis, prevenindo novos episódios e complicações (Menoita et al., 2012).

O diagnóstico precoce pode trazer benefícios a curto e longo prazo, nomeadamente, na redução de sequelas e no número de pacientes a institucionalizar, assim como, permite reduzir a taxa de mortalidade (Martins, 2006). De acordo com Ferro (2006), para um correto diagnóstico, deve ser tida em consideração a tríade: início súbito, os sintomas e sinais focais e a existência de fatores de risco. Deverá ser realizado um exame neurológico minucioso, assim como, exames complementares de diagnóstico, sendo os mais frequentemente utilizados a Tomografia Axial Computorizada, a Ressonância Nuclear Magnética, a Angiografia Cerebral, Angiografia de Subtração Digital, a Tomografia de Emissão de Positrões, a Punção Lombar e a Eletroencefalografia (Ferro & Pimentel, 2006). Em alguns doentes os sintomas são transitórios e desaparecem completa ou espontaneamente em menos de 24 horas, normalmente ao fim de alguns minutos, sendo esta situação designada por AIT, causado por êmbolos de pequenas dimensões, êmbolos de agregados plaquetários ou hipoperfusão secundária a uma estenose crítica de uma artéria. No entanto, noutras situações, os sinais neurológicos agravam-se progressivamente ou aparecem novos sinais focais (Martins, 2006). A principal característica de um AVC consiste no desenvolvimento súbito e catastrófico de um défice neurológico, sendo a hemiplegia o sinal clássico e mais frequente. A maioria dos doentes apresenta, numa primeira fase, perturbações de consciência, que podem variar desde a sonolência até ao coma; no entanto as alterações resultantes destas lesões poderão ser mais ou menos graves, em consonância com o grau de deficiência e incapacidade resultantes (Martins, 2006).

Schäffler e Menche (2004) sugerem como sinais e sintomas clínicos paralisias unilaterais, alterações da sensibilidade, alteração do estado de consciência, afasia, confusão mental, apraxia, incontinência ou retenção urinária; contudo salvaguardam que a associação dos sintomas pode ser muito variável dependendo da artéria e consequentemente das zonas do cérebro atingidas.

As limitações provocadas pelo AVC manifestam-se de forma diferente em cada doente, uma vez que a lesão de uma parte do cérebro pode afetar diferentes partes do corpo, provocando alterações funcionais do seu movimento e da coordenação muscular e, ainda, alterações emocionais, cognitivas e de comunicação. As alterações estruturais cerebrais ou comprometimento da função cerebral, dependem das características, localização e extensão da lesão (Costa, 2009; Barbosa, 2012; DGS, 2010). Resumindo, de acordo com Branco e Santos (2010) ocorrem alterações ao nível motor, da função sensorial, percetiva, da eliminação, do comportamento e dificuldades na alimentação.

Conforme já foi referido, em Portugal, uma das principais causas de morte e de incapacidade é o AVC, uma vez que deixa graves sequelas, não só a nível físico, mas também a nível psicológico, emocional, social e familiar (Carvalho, 2009). Sá (2009) reforça a ideia anterior quando refere que a doença vascular cerebral, a nível nacional, é a principal causa de morte, de incapacidade e dependência. De facto, um terço dos doentes que sobrevivem a um acidente vascular cerebral agudo ficam com incapacidade, 10% ficam inaptos a viver na comunidade, necessitando dos cuidados de terceiros devido a uma incapacidade grave, muitas vezes incluindo uma demência, assim como pela falta de apoios sociais (Pereira & Barros, 2004).

Não devem ser descurados os problemas secundários, como o isolamento social, a diminuição da participação em atividades de lazer, a demora no retorno ao trabalho, a ansiedade e a depressão (Markle-Reid et al., 2011). Segundo Sá (2009), mais de metade dos doentes que sofreram um AVC apresenta ainda depressão, que tende a aumentar com o tempo, assim como defeitos cognitivos, cujo risco de ocorrência deriva de perturbações de linguagem e de comunicação.

O tratamento na fase aguda (primeiras 24 horas) consiste na estabilização hemodinâmica do doente e prevenção de ulterior lesão cerebral (Phipps et al., 2003).

Para a European Stroke Organization (ESO, 2008, p. 52),

a expressão “tratamento geral” refere-se a estratégias terapêuticas que visam estabilizar o doente crítico, a fim de controlar problemas sistémicos que possam afectar a recuperação do AVC; o controlo destes problemas é uma parte central do tratamento do AVC. O tratamento geral inclui cuidados respiratórios e cardíacos, controlo metabólico e dos fluidos, controlo da pressão arterial, a prevenção e o tratamento de situações como convulsões, tromboembolismo venoso, disfagia, pneumonia de aspiração, outras infecções, ou úlceras de pressão, e ocasionalmente o controlo de pressão intracraniana elevada.

Menoita (2012, p. 20) defende que os objetivos da fase aguda passam por “limitar ao máximo a evolução da zona de penumbra isquémica e prevenir as recidivas precoces”. Para tal, é fundamental o controlo de parâmetros fisiológicos, a reperfusão e a terapêutica antitrombótica. Ao nível dos parâmetros fisiológicos, deve-se ter especial atenção à monitorização da pressão arterial, devendo manter o seu valor elevado (220–120 mmHg) nos AVC's isquémicos para não correr o risco de hipoperfusão; nos hemorrágicos o limiar de tensão arterial deverá ser inferior (180–110 mmHg) (Menoita, 2012). Para o tratamento do AVC isquémico pode ser aplicada a terapêutica trombolítica por via endovenosa, sendo recomendada a administração do ativador tecidual do plasminogénio (rt-PA) nas primeiras 3 horas após o AVC. Os benefícios da sua utilização reduzem após as 3 horas do início dos sintomas, mas estão presentes até às 4/5 horas. Esta precocidade na instituição terapêutica prende-se com o facto de que, quanto mais precoce for a restituição da circulação no território afetado maior a preservação do tecido neuronal da zona de penumbra, reduzindo assim a incapacidade neurológica (ESO, 2008). Se o doente não tiver feito trombólise, pode ser administrado ácido acetilsalicílico por via oral (Ferro, 2006).

Quanto ao tratamento do AVC hemorrágico, é sobretudo de suporte com manutenção da via aérea, oxigenação e nutrição. O tratamento cirúrgico é recomendado nos casos de hemorragia cerebelosa (Branco & Santos, 2010). Após o AVC subaracnoideu, o maior risco é a repetição da hemorragia por repetição do aneurisma, o que faz com que o tratamento do aneurisma seja uma urgência. Este pode ser neurocirúrgico, através da colocação de um clipe metálico no colo do aneurisma ou endovascular, através do preenchimento do saco do aneurisma por espiras metálicas (Ferro, 2006).

Branco e Santos (2010) dizem-nos que a reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento imediato após AVC, devendo esta ser iniciada 48 a 72 horas após a lesão.

a reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice, para obterem e manterem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais ótimas (...). Os objetivos da reabilitação variam desde o objetivo inicial de minimizar o défice, às intervenções mais complexas destinadas a encorajar uma participação ativa. (ESO, 2008, p. 72).

As consequências do AVC são diversas para a pessoa doente, ultrapassando, contudo, o âmbito individual, afetando também a família (Royal College of Physicians, 2012). Moreira (2001) confirma que quando uma pessoa sofre um AVC, toda a

dinâmica familiar pode ser alterada pelo grau de dependência que geralmente esta doença acarreta. Corroborando da mesma ideia, Martins (2002) acrescenta que o AVC gera uma fonte de *stress* para o indivíduo e para a sua família, devido às desordens da funcionalidade da pessoa e às sequelas decorrentes da patologia, o que implica mudanças e capacidade de reorganização por parte da pessoa e respetiva família. Existem mudanças com as quais a família já conta, mas outras não; Minuchin (1990) refere que ao longo do ciclo vital, a família passa por 4 fontes de *stress*, sendo uma delas o *stress* em prol de uma doença grave ou incapacitante.

Após o AVC, a família passa por uma reorganização, redefinição de papéis entre os elementos da família e a eleição de um elemento para assumir o papel cuidador (Andrade, 1996). Mesmo que toda a família partilhe tarefas, a função de cuidar da pessoa dependente tende a ser assumida por uma única pessoa, o cuidador informal ou prestador de cuidados, que por norma se associa ao facto de ser cônjuge, de ser do género feminino, de já viver anteriormente com a pessoa doente e de ter relação afetiva, principalmente conjugal e filhos em comum (Fonseca & Penna, 2008; Campos, 2008).

Menoita (2012) refere que a saúde de uma pessoa afeta toda a função da família, assim como a função da família afeta a saúde de cada pessoa, o que vai de encontro ao mencionado por Mendes e Lourenço (2007) quando afirmam que o modo como a família se organiza para responder à crise gerada pelo AVC, o modo como aprende a lidar com uma doença incapacitante, as dificuldades, as angústias que sentem e a forma como as ultrapassam, pode propiciar um impacto positivo ou negativo na recuperação do doente. Corroborando a mesma ideia, Oliveira (2003) concluiu no seu estudo que os indivíduos com melhor funcionalidade familiar apresentavam maior nível de independência funcional, o que nos leva a depreender que, tal como refere Hesbeen (2003), o papel e as necessidades ou expectativas dos cuidadores não podem ser minimizadas. Estes necessitam de ações educativas, de entrevistas de orientação e familiarização com os aspetos com que se irão mais tarde confrontar. Bettencourt et al. (2007) acrescenta que tendo em consideração as inúmeras necessidades da pessoa vítima de AVC, não nos podemos esquecer do desgaste físico e psicológico dos familiares cuidadores. Relembra-se ainda o estudo de Morais et al. (2012) sobre os cuidadores de doentes com AVC, que constatou que 82% dos cuidadores não possuíam atividade remunerada fora do domicílio e 42,9% dos casos deixaram de trabalhar para se tornarem cuidadores tempo integral.

As alterações decorrentes do AVC têm implicações a nível físico, psíquico e social e, consequentemente diminuem a qualidade de vida da pessoa e família, contribuindo tanto para a reestruturação familiar, como para a criação de novas relações entre os membros da família (Imaginário, 2004).

Hesbeen (2003, p.52) diz-nos que a “reabilitação não interessa unicamente às pessoas deficientes ou incapacitadas. Os próximos, aqueles que fazem parte do seu ambiente afetivo são também afetados pelas potenciais situações de desvantagem já existentes ou que possam vir a surgir”. Menoita (2012) relembra que o regresso a casa da pessoa com AVC é um processo complexo, assim, para minimizar a complexidade, o EEER deve informar, formar e apoiar a família. Esta é uma problemática com a qual o EEER tem de estar cada vez mais atento na medida em que se apela cada vez mais ao papel da família, contudo, a falta de treino e preparação adequada, de informação, de competências, de substituição do cuidador, de serviços de suporte, de redes de suporte fora de casa e de capacidade económica podem criar um *stress* e uma tensão insuportáveis sobre o prestador de cuidados. Mendonça, Garanhani e Martins (2008) confirmam que durante esta fase, sentimentos de revolta e desânimo podem surgir, causando *stress* quer ao doente quer à sua família. A este nível, o EEER pode ter uma intervenção primordial uma vez que é o elemento da equipa que mais próximo está deste binómio, sendo, ao mesmo tempo, detentor de um corpo de conhecimentos e procedimentos especializados que podem ajudar a pessoa e família na resposta às suas necessidades. Face ao exposto, deve chamar-se os familiares a colaborar na continuidade da prestação de cuidados o mais precocemente possível, passando a realizar um conjunto de atividades (até aqui realizadas por enfermeiros), tornando-os assim elementos importantes da equipa de prestação de cuidados de saúde (Marques, 2007). O ensino, quer à pessoa, quer à família, revela-se de uma importância primordial “pois favorece a transmissão de conhecimentos acerca das condutas necessárias durante a doença e a convalescença, para que se tornem o mais autónomos possível” (Henriques, 1999, p. 27).

Conclui-se, desta forma, que

a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, tornam-se aspetos importantes, que merecem por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência no seio da família e comunidade. (Bidarra, 2011, p. 138)

### **1.1.2. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Os Cuidados do EEER baseiam-se em intervenções especializadas, direcionadas para a saúde e para a doença aguda ou crónica, que contribuem para maximizar o potencial funcional e a independência física, emocional e social da pessoa, minimizando as incapacidades, nomeadamente, através da reeducação funcional respiratória, e/ou motora, treino de AVD's, ensino sobre a otimização ambiental e da utilização de ajudas técnicas (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER], 2010). Por sua vez a OE (2011b) considera a ER como uma área de intervenção de excelência e de referência, uma vez que previne, recupera e ambiciona habilitar de novo os doentes, vítimas de doença súbita ou descompensação da doença crónica que provoque défice funcional, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas. Os objetivos são melhorar a função e promover a independência funcional da pessoa, permitindo-lhe viver com mais qualidade.

No caso concreto do doente com AVC, Leite e Faro (2005) referem que a finalidade do processo de reabilitação passa pela minimização do impacto do AVC quer para a vítima, quer para o seu cuidador, e pela otimização da hipótese de sobreviver. Esta reabilitação, que idealmente deve ser o mais precoce possível, reduz a mortalidade, tem um impacto positivo na funcionalidade e reduz a incidência de transferências para unidades de cuidados de longo prazo (Leite & Faro, 2005). Hesbeen (2003) refere também que o programa de reabilitação deve ser iniciado logo que o doente esteja estável e as lesões sejam identificadas, entre as quarenta e oito e setenta e duas horas após AVC. Contudo, antes de se iniciar qualquer intervenção terapêutica é essencial uma correta neuroavaliação, realizada pelo EEER, para se decidir o sentido do processo terapêutico e se conseguir alcançar com sucesso os objetivos (Branco & Santos, 2010). Este exame neurológico deve ser realizado na presença de algum membro da família, assim como a anamnese e o exame físico devem ser realizados em ambiente calmo e tranquilo e contemplar os seguintes itens: estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha (Menoita, 2012).

De acordo com Branco e Santos (2010), a intervenção do EEER é de extrema importância na reabilitação do doente com hemiplegia/hemiparésia. O processo de recuperação tem início após a fase aguda e exige um longo e lento processo de aprendizagem, utilizando ao máximo as capacidades que o doente possui e as que



podem ser reaprendidas, adequando-o às limitações do doente. O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas com AVC depende de um “crescimento” lento, repetitivo, persistente, com rotinas de exercícios que devem respeitar a capacidade individual da pessoa. Martins (2002) faz ainda referência à coordenação e inter-relação entre a equipa de saúde, utente família e comunidade como preditores de sucesso deste processo de reabilitação.

De acordo com Branco e Santos (2010) a reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento imediato pós AVC e engloba a prevenção de complicações respiratórias através da reeducação funcional respiratória, prevenção de complicações motoras com a realização de posicionamentos e mobilizações dos segmentos articulares em padrão anti-espástico pela reeducação funcional motora, e ainda a estimulação cognitiva. No mesmo sentido, Menoita (2012) refere que as intervenções que promovem a reabilitação funcional integram várias técnicas como: o posicionamento em padrão anti-espástico, indução de restrições, estimulação sensorial e atividades terapêuticas como rolar no leito, fazer a ponte, mobilizações, transferência, treino de marcha controlada, treino proprioceptivo e programa de exercícios para o domicílio.

As atividades de índole técnica, iniciadas ainda na fase aguda, logo após a estabilização da pessoa visam a melhoria da função e a prevenção de uma maior incapacidade por complicações secundárias. Preconizam a (re)aprendizagem do controlo postural e padrões de movimento básico, através de:

- Restabelecimento de controlo postural;
- Normalização de impulsos tácteis, proprioceptivos e cinestésicos;
- Inibição da espasticidade de modo a facilitar o movimento nos padrões normais e dentro de uma habilidade funcional;
- Evitação do aparecimento de contracturas e consequentemente deformidades e dor através do correto alinhamento corporal;
- Inibição dos padrões de movimento indesejado (Branco & Santos, 2010).

Hoeman (2011) refere que os objetivos gerais da terapia pelo movimento nas pessoas em situação de AVC são:

- Minimizar as anomalias do tónus;
- Manter a amplitude de movimento;
- Melhorar a função respiratória e circulatória;

- Mobilizar a pessoa nas atividades funcionais precoces como a mobilidade na cama, sentar, pôr em pé e transferências;
- Prevenir os problemas de desuso;
- Promover a consciência do lado hemiplégico;
- Melhorar o controlo do tronco, do equilíbrio sentado e em pé;
- Maximizar as atividades do autocuidado.

De acordo com Neves (2014) citando Glinsky, Harvey & Van (2007), o programa de reabilitação deve contemplar várias etapas, começando com o controlo dos movimentos do tronco, do ombro e da anca, seguindo-se a intervenção para os membros com compromisso, realizando-se movimentos passivos, ativos assistidos e ativos livres. O fortalecimento muscular através dos movimentos ativos resistidos efetua-se apenas quando a recuperação o permite. A sequência dos exercícios, tal como o treino de estratégias adaptativas, habilidades para o autocuidado, como vestir/despir, alimentar, higiene pessoal, com vista à máxima independência possível, devem ser progressivas.

Segundo Neves (2014) citando Huijben-Schoenmakers, Gamel & Hafsteinsdottir (2009) a evidência científica revela que o ensino e treino dirigido para as AVD, permitem obter ganhos mais relevantes na reabilitação após AVC, levando à potencialização da capacidade funcional. Esta evidência assume-se como indicador de que a reabilitação a médio prazo é fundamental para maximizar os *outcomes* das pessoas após AVC. No mesmo sentido, no artigo de Jones, Riazi e Norris (2013) é referido que a política nacional do Reino Unido reconhece a importância da reabilitação na promoção da independência para o autocuidado no tratamento do AVC. Os mesmos autores fazem referência a Kennedy et al. (2007), que defendem a utilização da reabilitação de forma individualizada, no entanto, é concluído no artigo que as terapias de grupo aceleram a realização das AVD de forma independente, assim como o regresso da vítima de AVC ao seu papel social e familiar.

O estudo de Cunha (2014) analisa a evolução de doentes que sofreram AVC em duas situações: sem intervenção do EEER (compreendendo os anos de 2006 a 2010) e com intervenção do EEER (no ano de 2011). A autora concluiu que com o acréscimo da intervenção do EEER se obtêm ganhos significativos relativamente à independência ao nível dos 5 autocuidados estudados, sendo eles a higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se. Veiga (2015) obteve resultados semelhantes no seu estudo, quando após analisar a evolução das AVD, em doentes

acometidos por AVC, durante o período de internamento (foram inclusos doentes que estiveram hospitalizados por um período máximo de 30 dias, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2013) identificou uma melhoria significativa nos níveis médios e na dependência, salientando que as AVD mais afetadas foram a eliminação urinária e a eliminação intestinal e as que melhor responderam ao programa de reabilitação foram as relacionadas com a mobilidade (as transferências e subir e descer escadas). Também o estudo de Couto (2012) visou comparar as diferenças no grau de autonomia/independência no autocuidado em dois momentos de avaliação, usando como dimensões a higiene e vestuário, a alimentação, a eliminação e a atividade física, observando melhorias significativas em todos os domínios, o que evidenciou uma evolução favorável da autonomia/independência do autocuidado, concomitante com a intervenção de ER.

Marques (2012) realizou um estudo sobre independência funcional do doente pós AVC, com uma amostra de 60 indivíduos, concluindo que o estado civil, o tempo de AVC, a reabilitação na fase aguda e o programa de reabilitação continuado apresentam influência significativa na independência funcional. A reabilitação na fase aguda dos participantes da amostra influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, notando-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão dos autocuidados, locomoção e mobilidade. Já em 2009, Umphred referia a importância de um programa de reabilitação continuado, revelando que a recuperação funcional pode continuar durante meses ou anos, contrariando ideias anteriores de que a recuperação da função motora após o AVC estaria completa ao fim de 3 a 6 meses.

Segundo Engman e Lundgren (2009) as atividades realizadas na enfermaria como lavar-se, vestir-se e movimentar-se são importantes para recuperar a capacidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas em situação de AVC. No estudo dos referidos autores denota-se que os enfermeiros promovem e facilitam a recuperação dos doentes através de atividades para o autocuidado, mas como não planeiam, nem discutem com os mesmos o processo de reabilitação, motivo pelo qual os doentes veem essas atividades como ações vagas e não especificamente relacionadas com as funções do EEER. É ainda referido que os doentes desejam mais atenção por parte dos enfermeiros, através de apoio e ensino, explicando-lhes a finalidade da reabilitação. Esta necessidade de apoio e ensino, incentivando os doentes é manifestada nos estudos de Robinson-Smith & Pizzi (2003) e de Huijben-

Schoenmakers, Rademaker e Scherder (2013) quando mencionam que após esta atividade por parte dos enfermeiros, os doentes aumentam a sua autoestima e melhoram a autonomia, obtendo assim melhores resultados nas capacidades de autocuidado. Também nos estudos de Kvigne, Kirkevold e Gjengedal (2004) e de Lessmann et al. (2011) as Enfermeiras sublinham a importância de motivar os pacientes durante todo o processo de reabilitação, acrescentando que os indivíduos ao reconhecerem as suas potencialidades, e sendo estimulados para as ações de autocuidado, tornam-se mais ativos e participativos, refletindo-se positivamente na autoimagem e autoestima.

Ferreira (2015) verificou que os doentes consideram importante a intervenção do enfermeiro de reabilitação por lhes conferir uma melhor qualidade de vida através da manutenção e reeducação funcional: motora, sensitiva, cognitiva, do sistema cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação (vesical e intestinal). “O caminho da independência requer um ajustamento progressivo às incapacidades e uma aprendizagem em diferentes atividades, nomeadamente nas AVD” (Branco & Santos, 2010, p.133). Assim, de forma a promover a autonomia e independência no autocuidado, o enfermeiro deve incorporar a preparação da alta e a reintegração do doente na comunidade, no programa de reabilitação, surgindo a necessidade de identificar o papel do familiar cuidador. Nesta etapa do processo de reabilitação o enfermeiro valoriza o ensino de estratégias psicossociais e de *coping*, a adaptação da pessoa vítima de AVC aos cuidadores e vice-versa, facilitando o retorno à comunidade e o restabelecimento de um novo equilíbrio de papéis (Markle-Reid et al., 2011).

A especialização dos enfermeiros em reabilitação constitui uma mais-valia na recuperação do doente, dado que as suas intervenções são baseadas em conhecimentos fundamentados e aptidões técnicas cada vez mais aperfeiçoadas (Menoita, 2012; McGinnes et al., 2010). É fundamental a participação do enfermeiro nas atividades de reabilitação para a promoção da capacidade de autocuidado, conferindo assim melhor qualidade de vida ao doente vítima de AVC (Lessmann et al., 2011).

### **1.1.3. Utilização do quadro de referência em enfermagem**

De forma a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem é fundamental que a prática seja alicerçada numa filosofia de cuidados, assim, procurei adotar um referencial teórico que fornecesse contributos importantes, de forma a enquadrar a pertinência da problemática selecionada. O modelo teórico que, na minha opinião, melhor se parece enquadrar e justificar a pertinência da temática consiste na Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDACE) de Dorothea Orem, sendo esta a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa, existindo um défice na sua ação de autocuidado.

Estudos que envolvem a área do autocuidado são relevantes ao nível dos cuidados de saúde, pois permitem compreender e promover a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido o autocuidado abrange não apenas as capacidades necessárias para realizar as AVD mas também conhecimentos e perícias que as pessoas utilizam na autogestão da sua condição de saúde (Hoeman, 2011). O AVC representa um acontecimento gerador de dependência, levando à dependência no autocuidado, o qual abrange as atividades realizadas no dia-a-dia, que são fulcrais para que haja manutenção da qualidade de vida percebida pelas pessoas (Backman & Hentinen, 1999; UK Department of Health, 2005). O enfermeiro tem, desta forma, um papel fundamental na compreensão da pessoa após AVC e dos seus familiares, e como elemento de uma equipa multidisciplinar, no âmbito da reabilitação, é competente para: identificar as variáveis que afetam o regresso à comunidade; conduzir uma avaliação completa; participar no estabelecimento de objetivos mútuos e intervir a um nível que promova o sucesso, a autoconfiança e a independência do utente (Hoeman, 2011). Estas atividades encontram-se em consonância com as Competências Específicas do EEER quando é referido que este “Implementa programas de (...) reeducação funcional motora” e “ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/ domicílio/ comunidade)” (OE, 2010, p. 3).

O International Council of Nurses (ICN, 2011 p.41) define autocuidado como a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as

atividades de vida diária”. Este conceito é central na prática da enfermagem, sendo que evoluiu ao longo dos tempos e surge associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2012). Orem (2001, p. 43), por sua vez, definiu o autocuidado como “a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”. O autocuidado é uma função humana autorreguladora, resultante de um processo de desenvolvimento e aprendizagem, de forma a satisfazer as necessidades do indivíduo (Orem, 2001).

A teoria de Orem contempla o paradigma da Integração, que assenta na visão da pessoa como ser bio-psico-sócio-culturo-espiritual, em que os cuidados de enfermagem devem envolver a pessoa na sua ação, procurando, desta forma, satisfazer as suas necessidades (Silva, 2002). Inclui-se desta forma na Escola das Necessidades, procurando-se assistência nas atividades diárias, e no défice das capacidades para o autocuidado, visando ajudar a pessoa a adaptar-se aos seus problemas, reduzindo esse défice (Rosa & Basto, 2009, p. 20).

Orem considerou a sua teoria, a TDACE, como uma Teoria Geral de Enfermagem composta por três constructos teóricos interrelacionados, a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Taylor, 2004). Nesta teoria, inserem-se os conceitos centrais: autocuidado (*self-care*), agente de autocuidado (*self-care agent*), agente dependente de cuidados (*dependent care agent*), ação de autocuidado (*self-care agency*), comportamentos de autocuidado (*self-care behavior*), necessidade terapêutica de autocuidado (*therapeutic self-care demand*), fatores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*), requisitos de autocuidado (*self-care requisites*), défice de autocuidado (*self-care deficit*) e sistemas de enfermagem (*nursing systems*) (Orem & Taylor, 2011).

Na teoria do autocuidado, é abordada a prática de cuidados realizados pelo indivíduo “em benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal” (Taylor, 2004). É reconhecido como uma habilidade humana, em que a sua execução está diretamente ligada às condições que cada pessoa possui para se autocuidar. A realização das atividades de autocuidado visa atingir determinados objetivos, que Orem (2001) designa de requisitos de autocuidado, classificados como: universais, quando se relacionam com os processos de vida e a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano; de desenvolvimento, quando são associados à

condição do indivíduo, resultante do seu ciclo de vida ou algum evento crítico; e desvio de saúde, enquadrando as alterações da condição do indivíduo pelo aparecimento de uma doença, déficit ou lesão, como será o caso doente com AVC.

Assim, a ação de autocuidado representa o conjunto de habilidades, conhecimentos e experiências não inatas para realizar o autocuidado. Quando, através do desenvolvimento e aprendizagem, a pessoa possui esta capacidade, é designado de agente de autocuidado. As pessoas que não possuem capacidade para se autocuidar, agente dependente de cuidados, necessitam de assistência, que é prestada por alguém que assume a responsabilidade pelos cuidados, no caso de ser um profissional, como por exemplo um enfermeiro, este designa-se de agente de autocuidado terapêutico.

A Teoria do Déficit de Autocuidado explora a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem, contemplando situações de limitação na ação de autocuidado por motivos de saúde, em que os indivíduos se encontram parcial ou totalmente incapacitados, originando situações em que as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade do indivíduo para este desempenho (Petronilho, 2012). Quando as necessidades do indivíduo são superiores à sua capacidade, instala-se o déficit no autocuidado, emergindo desta forma outro conceito central: os métodos de ajuda. Estes métodos que representam o conjunto de medidas terapêuticas compensadoras das limitações do indivíduo, que objetivam a manutenção/promoção da saúde e a prevenção de déficits, satisfazendo os requisitos de autocuidado (Orem, 2001). Os cinco métodos de ajuda identificados por Orem são: atuar ou fazer por outrem, orientar e dirigir, fornecer apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar (Taylor, 2004). O atuar por ou fazer por outrem, encontra-se no estudo de Kvigne, Kirkevold e Gjengedal (2004) quando após a estabilização do quadro clínico, o foco de atenção foi direcionado para a recuperação das habilidades funcionais, as enfermeiras passaram a utilizar exercícios quando o paciente não conseguia mobilizar os seus membros de forma independente. O estudo de Rensink et al. (2008) relaciona-se com os restantes quatro métodos de ajuda identificados por Orem quando identifica como funções do EEER a avaliação, coordenação, comunicação, integração de terapia, apoio emocional e assistência técnica e física.

A Teoria dos Sistemas é direcionada para o tipo de sistema de enfermagem que o enfermeiro deve aplicar para dar resposta às necessidades resultantes do déficit de

autocuidado do doente. Orem estabeleceu três sistemas de enfermagem para o autocuidado do doente: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema apoio-educação. No sistema totalmente compensatório, o indivíduo não se consegue envolver na ação de autocuidado, tornando-se dependente de outros para garantir a sua sobrevivência e bem-estar. O sistema parcialmente compensatório, refere-se à assistência de enfermagem quando o enfermeiro e o indivíduo colaboram e ambos realizam intervenções da esfera do autocuidado, em que o indivíduo é incapaz de completar sozinho as ações do autocuidado e o enfermeiro compensa as suas limitações. Recorre-se ao sistema apoio-educação, quando o indivíduo é capaz de realizar as intervenções, apresentando capacidade para o autocuidado, contudo carece de desenvolver competências que garantam a sua concretização, necessitando de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o exercício e desenvolvimento dessas atividades (Petronilho, 2012). No estudo de Lessmann et al. (2011) foi utilizado o sistema de apoio-educação para realizar ações de educação em saúde sobre o modo como os indivíduos deveriam conduzir a marcha.

O modelo conceptual de Orem representa um quadro de referência não só para a prestação de cuidados de enfermagem, mas também para a investigação, pelo que a promoção do autocuidado constituiu um dos principais objetivos da prática de enfermagem (Meleis, 2007; Petronilho, 2012). Desta forma, identificar os fatores que influenciam a performance das pessoas no autocuidado tem sido um dos objetivos da investigação realizada nesta área (Backman & Hentinen, 2001; Lyttle & Ryan, 2010; Petronilho et al., 2010).

A forte representatividade desta teoria na prática de enfermagem é reforçada pela intervenção educativa do enfermeiro baseada em atitudes que promovem a autonomia no autocuidado, pela exigência face à crescente incidência de doenças crónicas condicionantes de dependência no autocuidado e consequentes cuidados de saúde por longos períodos de tempo, e ainda pela necessidade de reestruturação dos estilos de vida (Schaurich & Crossetti, 2010). Acrescenta-se aos aspetos anteriores, a mudança do paradigma de cuidar para uma lógica de cuidados com maior enfoque na promoção da saúde, as questões económicas que implicam recursos limitados, a necessidade de capacitar as famílias para a adaptação aos desafios de saúde e os cidadãos mais informados que valorizam o processo de tomada de decisão sobre questões de saúde (Petronilho, 2012). A pessoa em situação de AVC apresenta



défices no autocuidado, possuindo, no entanto, capacidades e potencialidades para reaprender e ou ampliar as ações de autocuidado, para isso, torna-se necessário ensinar, estimular e orientar continuamente, até que a pessoa se torne o mais independente possível, a fim de estabelecer a saúde e/ou mantê-la em níveis satisfatórios. Desta forma, utilizei a Teoria do Défice do Autocuidado, assim como alguns dos conceitos centrais de Orem, como por exemplo: o agente dependente de cuidados (o doente com AVC), o qual apresentava necessidades terapêuticas de autocuidado, e requisitos de autocuidado de desvios de saúde. A aplicação da teoria foi relevante para a prestação de cuidados de qualidade, através da utilização dos métodos de ajuda propostos por Orem, assim como, a implementação da teoria dos sistemas da forma mais adequada. Procurei que os diversos intervenientes nos cuidados percebessem que o sistema totalmente compensatório apenas deveria ser usado quando o parcialmente compensatório ou o de apoio-educação não colmatasse a necessidade terapêutica de autocuidado do doente.



## 2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

A partir de tudo o que foi previamente referido e neste sentido, a intervenção do EEER mostra-se de extrema importância, a fim de ajudar o doente a adquirir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas atividades de autocuidado (Hoeman, 2000). Deste modo, propôs-se o seguinte problema geral: Qual a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado do doente com AVC?

Tendo como ponto de partida o problema anteriormente referido foram formulados objetivos gerais e específicos, com base nas competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. De forma a alcançar estes objetivos, foi planeado um conjunto de atividades, as quais foram concretizadas mediante a mobilização de determinados recursos no decorrer do estágio. O seu planeamento e calendarização encontram-se no Apêndice I deste Relatório.

Para a aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER foram essenciais todas as unidades curriculares constantes do plano de estudos deste Mestrado, mas não menos importante, as 18 semanas de estágio previstas em Projeto de Estágio. Pois de acordo com Abreu (2007, p.13) a formação em contexto clínico permite o

“desenvolvimento de competências clínicas (gerais e especializadas), integração de teoria e prática, criação de disposições para a investigação, socialização profissional e formação da identidade profissional, através da sucessão de experiências socioclínicas e identificação de modelos profissionais”.

O estágio surge assim como um momento privilegiado para a aquisição de aprendizagens, consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, contrariando a formação exclusivamente centrada na escola (Simões, 2004).

Os dois principais locais de Estágio foram por mim selecionados não só por uma questão de maior proximidade com a minha área de residência, como pelo facto de, em ambos, existir a possibilidade de interagir com doentes vítimas de AVC, permitindo assim a implementação do meu Projeto de Estágio. Aquando da apresentação do meu Projeto de Estágio fui incitada a realizar um estágio de observação num Centro de Reabilitação, mais concretamente na área do treino de AVD, ideia que acatei de imediato, criando assim mais um local de estágio por onde passei, mas este apenas numa vertente de observação. Solicitei o referido estágio, na vertente do treino de

AVD, contudo surgiu a oportunidade de passar pelas diversas valências do Centro de Reabilitação, oportunidade que aceitei por considerar que assim poderia tornar o meu percurso, enquanto estudante de ER, mais enriquecedor e proveitoso.

O meu primeiro estágio aconteceu num Serviço de Medicina de um Hospital de média dimensão, este Serviço é atualmente constituído por 28 camas, sendo 3 quartos individuais, 2 enfermarias de 2 camas e 7 enfermarias de 3 camas, para cada duas enfermarias existe uma casa de banho e um duche. Conta ainda com a sala de enfermagem, sala de terapêutica, sala de tratamentos, sala de limpos, sala de aprovisionamento, sala sujos, gabinete da enfermeira chefe, um balcão onde se encontra a secretária de unidade e duas casas de banho para os funcionários. No turno da manhã o rácio é de 5 enfermeiros, sendo que um destes é o responsável de turno e por este mesmo motivo não tem doentes distribuídos. Por regra, o responsável de turno é o 2º elemento do Serviço, que é EEER, contudo, infelizmente, acaba por não exercer essa função. Caso este EEER não esteja presente, o papel de responsável de turno é assumido pela EEER que me orientou durante o estágio, o que faz com que disponha de menos tempo para a reabilitação. Se nenhum destes elementos referidos anteriormente estiver presente, ficará como responsável de turno o enfermeiro com maior graduação. No turno da tarde são três enfermeiros e na noite dois, sendo que em todos os turnos o método de trabalho é o de enfermeiro responsável. Como ficou implícito anteriormente, neste Serviço existe apenas uma EEER a exercer esse mesmo papel, contudo só o desempenha nos dias úteis e mesmo nesses, quando há necessidade, é-lhe atribuída a função de responsável de turno. Os registos de enfermagem, assim como dos médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais ou psicólogos são informatizados, apoiados no sistema informático “SClinico”, os registos de enfermagem utilizam a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Este sistema detém ainda uma grande lacuna pois dispõe de pouquíssimos focos, intervenções e escalas necessárias ao trabalho do EEER, contudo a enfermeira orientadora referiu-me que tem tentado, junto dos parametrizadores, que estas passem a ser incluídas.

Posteriormente, realizei o estágio de observação, com a duração de 3 dias, no Centro de Reabilitação, passando um dia em cada valência, designadamente no Serviço de Lesionados Medulares, na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença (o Centro de Reabilitação conta com duas), e por fim no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos.

O último local de estágio foi numa UCC, esta situa-se nas instalações do Centro de Saúde, sendo constituída por 4 salas (um gabinete de assistente técnica, dois gabinetes de enfermagem e uma sala de reuniões). Fazem parte da equipa da UCC uma enfermeira coordenadora, uma assistente técnica, uma enfermeira especialista em saúde comunitária, uma EEER, uma enfermeira com pós-graduação em cuidados paliativos, um enfermeiro com pós-graduação em enfermagem familiar, contando ainda com a colaboração de uma terapeuta ocupacional, 4h semanais e uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, 4h semanais (curso de preparação para a parentalidade). A UCC detém uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com 20 vagas, esta equipa é constituída pelos elementos da UCC, sendo que a responsável pela ECCI é a EEER. À semelhança do primeiro local de estágio a plataforma informática que suporta os registos de enfermagem é o “SClinico”, contudo neste local de estágio existe outra plataforma, destinada aos registos dos doentes integrados na RNCCI, denominada “Gestcare”, a qual tive oportunidade de utilizar.

Seguidamente, irei descrever e analisar as atividades desenvolvidas com vista a atingir os objetivos do estágio e do meu Projeto de Estágio, e consequentemente adquirir as competências de enfermeiro especialista e de EEER.

## **2.1. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas em Função dos Objetivos**

Início este subcapítulo com a descrição e análise das atividades desenvolvidas com o intuito de alcançar os objetivos específicos definidos no meu Projeto de Estágio. O meu primeiro objetivo específico, anteriormente delineado no Projeto de Estágio, dizia respeito à integração na equipa multidisciplinar, no primeiro local de estágio, Serviço de Medicina, esta considero que foi largamente bem-sucedida. Iniciei o meu estágio com uma reunião com a enfermeira chefe que me explicou a orgânica do Serviço e apresentou a enfermeira orientadora, esta fez-me uma visita guiada pelo Serviço, com o intuito de conhecer o espaço, bem como uma grande parte da equipa multidisciplinar.

Tenho em mente que foi facilitador o facto de ser Enfermeira no Centro Hospitalar em questão, possuindo já conhecimento dos protocolos gerais, sistema

informático/plataforma de registos, planeamento de altas, transferências e encaminhamentos para RNCCI. É também de salientar que os colegas, assim como a restante equipa multidisciplinar, me viam desde o primeiro dia como uma colega de trabalho e não como uma aluna, já era considerada um elemento da equipa, como se já fosse EEER, acontecia quer com a equipa de enfermagem, quer com a equipa médica. Os enfermeiros contavam com a minha colaboração e solicitavam opiniões para diversos casos, como por exemplo, era frequente os colegas enfermeiros me chamarem para testar o reflexo de deglutição, o equilíbrio, assim como para realizar levantar a um doente, entre outras situações. A equipa médica também ia frequentemente ter comigo para solicitar Reeducação Funcional Respiratória (RFR) ou Reabilitação Funcional Motora (RFM) para os seus doentes. Motivo que me fez sentir muito confortável nesta equipa e ganhar confiança no trabalho desenvolvido enquanto futura EEER.

Por sua vez, o estágio na UCC também começou com uma visita guiada, mas esta realizada pela EEER orientadora, onde tive oportunidade de conhecer todas as unidades que integram o Centro de Saúde, nomeadamente a UCC, a Unidade de Saúde Familiar (USF) e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), assim como todos os profissionais. Esta visita guiada, assim como as reuniões informais com a EEER orientadora e com os diversos elementos da equipa multidisciplinar mostraram-se fulcrais para o conhecimento da orgânica funcional do Serviço.

A minha integração neste local de Estágio não foi tão simples, a dificuldade mencionada não se refere à minha integração na equipa multidisciplinar, pois essa considero que foi largamente conseguida e célere, diz antes respeito à compreensão da dinâmica de funcionamento, organização e atividades, uma vez que a realidade atualmente existente em cuidados de saúde primários era-me completamente alheia. Foi muito complexo compreender toda a dinâmica diária essencial da UCC assim como todas as siglas, salientando que nós profissionais temos o hábito de falar utilizando as referidas siglas, o que me levou a uma necessidade constante de questionar o que significavam, para desta forma compreender o que se estava a falar e todos os trâmites necessários à rotina diária da EEER orientadora. Foi também importante a consulta das normas e protocolos desta unidade e da RNCCI a fim de compreender a dinâmica de funcionamento.

A integração conseguida foi essencial para conhecer os recursos disponíveis, onde e como os podia obter e utilizar para assim poder prestar os melhores e mais adequados cuidados. O anterior vai de encontro ao defendido por Chiavenato (2004), quando refere que a integração é fundamental, assim como o sentimento de acolhimento e de pertença numa equipa.

Como segundo objetivo específico havia-me proposto, em Projeto de Estágio, a analisar o impacto do AVC no autocuidado do doente. No primeiro local de estágio, Serviço de Medicina, para concretizar o objetivo em causa, uma das atividades que se mostrou essencial foi proceder a diversas entrevistas a doentes com AVC e respetivos familiares (Apêndice II). Por exemplo no caso do senhor A., o doente havia sido acometido por um AVC isquémico e apresentava como sequelas uma parésia facial central, disartria e compromisso da motricidade fina à direita, o que implicava algumas limitações ao nível do autocuidado, nomeadamente na utilização dos talheres para se poder alimentar, na utilização da escova de dentes para realizar a higiene oral e na preensão da lâmina de barbear a fim de desfazer a barba. Este senhor encontrava-se em revolta pelas limitações que apresentava em termos de autocuidado, apesar de ter o apoio incondicional da esposa, como é notório na entrevista. Contudo, sabemos que a ambição por se sentir novamente saudável promove sentimentos positivos que entram em conflito com o choque e revolta pelas incapacidades provocadas pelo AVC (Mendonça et al., 2008).

Outra atividade igualmente importante para analisar o impacto do AVC no autocuidado do doente foi a utilização dos instrumentos de medida, nomeadamente a Escala de Glasgow (Anexo I), a Escala de Barthel (Anexo II), a Escala de Berg (Anexo III), a Escala de Braden (Anexo IV), a Escala de Morse (Anexo V), o *Mini Mental State Examination* (Anexo VI), assim como o documento para a avaliação neurológica por mim desenvolvido, onde consta a Escala de Lower e a Escala de Asworth (Apêndice III). A situação experienciada com o senhor D., com o qual realizei estudo de caso (Apêndice IV), reflete como a utilização dos instrumentos de medida permite avaliar o impacto do AVC, uma vez que através da apresentação do senhor percebe-se que este era independente anteriormente ao AVC, e após, por exemplo segundo a escala de Barthel apresentou um grau de dependência grave.

À semelhança do referido anteriormente, no segundo local de estágio, UCC, também foi essencial a utilização dos instrumentos de medida para avaliar o impacto do AVC no autocuidado do doente, exemplo disso foi o caso da senhora M. sobre a

qual desenvolvi um estudo de caso (Apêndice VII), esta senhora era também independente antes de sofrer o AVC e posteriormente apresentou um grau de dependência grave segundo a Escala de Barthel. Neste caso, a entrevista realizada à filha da doente além de ajudar a analisar o impacto que o AVC havia causado no autocuidado serviu também para compreender que o déficit de autocuidado acarretou grandes mudanças na vida da cuidadora familiar, que teve de deixar o seu trabalho e país onde se encontrava a viver (África do Sul) para vir cuidar da sua mãe, apesar do pai, o marido da senhora M. ser uma pessoa independente. Todavia, como foi descrito por Fonseca & Penna (2008) e Campos (2008) mesmo que toda a família partilhe tarefas, a função de cuidar da pessoa dependente tende a ser assumida por uma única pessoa, o cuidador informal ou prestador de cuidados, que por norma se associa ao facto de ser cônjuge, de ser do género feminino, de já viver anteriormente com a pessoa doente e de ter relação afetiva, principalmente conjugal e filhos em comum.

A situação descrita anteriormente encontra-se de acordo com os achados de Morais et al. (2012) no seu estudo sobre os cuidadores de doentes com AVC, onde constatou que 82% dos cuidadores não possuíam atividade remunerada fora do domicílio e 42,9% dos casos deixaram de trabalhar para se tornarem cuidadores a tempo integral. Foi o que aconteceu com a filha da senhora M., deixou o seu trabalho para cuidar da sua mãe a tempo integral, não tendo qualquer outra fonte de rendimento, algo que atualmente a está a preocupar muito. A filha da senhora M. tem vindo a referir que tem muito receio do que virá a acontecer com a sua vida, uma vez que não tem casa nem trabalho, apenas poderá contar com a ajuda do pai. Toda esta situação está de acordo com o referenciado por Moreira (2001) quando refere que perante a ocorrência de um AVC, toda a dinâmica familiar pode ser alterada pelo grau de dependência que geralmente esta doença acarreta à vítima. Outro aspeto que encontrei neste caso e que me deixou preocupada foi perceber a exaustão física e emocional da cuidadora familiar. Se por um lado ficava triste por perceber que aquela cuidadora já não queria mais cuidar daquela pessoa e os cuidados que estava a prestar eram sem nenhum carinho, nem atenção perante os sentimentos, privacidade e intimidade do outro, chegando mesmo a solicitar-nos se não a podíamos “mandar” para algum lado, lembrando-nos da possibilidade dos cuidados continuados em regime de internamento para descanso do cuidador. Por outro, remetia-me para a literatura, e fazia-me pensar como aquela cuidadora familiar deveria estar extenuada e merecia a nossa atenção, pois tal como referiu Hesbeen (2003) o papel e as



necessidades ou expectativas dos cuidadores não podem ser minimizadas. Também Costa (2003) nos explicou que a prestação de cuidados envolve, na maioria das situações, um comprometimento a longo prazo, o qual desgasta os recursos físicos e emocionais do prestador de cuidados. Um dos fatores que contribui para essa situação é a incerteza, relativamente à evolução da doença e ao impacto quotidiano das tarefas de cuidar. Para os cuidadores conseguirem cuidar têm, também eles, que se encontrar bem física e psicologicamente para assim poderem prestar os melhores cuidados.

a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, tornam-se aspetos importantes, que merecem por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência no seio da família e comunidade. (Bidarra, 2011, p. 138)

O meu segundo objetivo específico foi assim alcançado em ambos os campos de estágio, através das atividades referidas, assim como na prestação dos cuidados de enfermagem e na reflexão dos casos clínicos referenciados e muito outros que surgiram, sendo por vezes necessário recorrer à pesquisa bibliográfica de forma a poder responder às situações que foram aparecendo. Os instrumentos de medida foram elementos chave não só com vista a atingir este objetivo mas no decorrer de todo o estágio, uma vez que foram utilizados em todos os doentes a que prestei cuidados. Tornou-se facilitador o facto de em ambos os locais de estágio a maioria destes instrumentos estar disponível no sistema informático, mais concretamente no “SClinico”. Estas ferramentas de trabalho serão essenciais enquanto futura EEER.

De forma a dar resposta ao meu terceiro objetivo específico, aprofundar os conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro sensório-motor com vista à promoção de independência e autonomia no autocuidado, senti necessidade de consultar diversa bibliografia, assim como os apontamentos que haviam sido disponibilizados por alguns docentes aquando do período letivo. Houve necessidade de um grande investimento da minha parte na busca de conhecimento, pois apesar de termos tido aulas práticas, o confronto com a realidade mostra as dificuldades existentes e revela também que não existem “doentes perfeitos” para podermos colocar em prática tudo o que aprendemos da forma que a teoria se apresenta. O referido anteriormente vai de encontro ao que defende Benner (1982) quando menciona que só os enfermeiros que participam na

prática de cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado.

O primeiro local de estágio (Serviço de Medicina) foi efetivamente onde dei o meu primeiro e grande passo na minha busca pela excelência, enquanto futura EEER, motivo que me levou a sentir neste local uma maior necessidade de aprofundar conhecimentos, mas não apenas o aprofundar conhecimentos como havia definido no Projeto de Estágio, mas também na área da RFR. Conteí sempre com o apoio da EEER orientadora assim como da restante equipa a fim de me ajudar a adquirir novos conhecimentos e a consolidar os existentes, para tal aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem, procurando analisar e estudar as diversas situações que foram surgindo.

No meu Projeto de Estágio havia-me proposto a realizar uma formação no Serviço, assim questioneí a enfermeira chefe sobre as necessidades de formação na equipa. Referi que tencionava fazer alguma formação sobre o doente com AVC, esta indicou-me que sobre AVC já haviam tido muita formação ao longo do ano mas que necessitavam de formação sobre inaloterapia e oxigenoterapia. Pelo mencionado anteriormente desenvolvi a formação nesse âmbito, tentei averiguar quais as maiores dificuldades da equipa em termos de inaloterapia e oxigenoterapia e elaborei a minha apresentação e abordagem de forma a dar resposta a essas dificuldades e dúvidas.

Da mesma forma, na UCC, questioneí a EEER orientadora sobre as necessidades de formação da equipa, assim como das possibilidades de realizar uma formação na área de promoção do autocuidado do doente com AVC. A EEER orientadora manifestou interesse, alegando que efetivamente a equipa necessitaria de formação na área da promoção do autocuidado do doente com AVC, contudo pela falta de recursos existente, a equipa não poderia despende tempo para assistir à formação. Assim, como forma de colmatar esta dificuldade da equipa realizei dois panfletos e um folheto (Apêndice VIII), um panfleto sobre posicionamentos da pessoa com AVC e outro sobre o levante e transferência da pessoa com AVC e um folheto acerca do vestir e despir a pessoa com hemiplegia, para que possam consultar e entregar aos doentes e famílias.

À semelhança do sucedido no primeiro local de estágio, na UCC também senti necessidade de efetuar pesquisa, assim como de conferir e partilhar os meus conhecimentos com a EEER orientadora e com a restante equipa, contudo nesta etapa já me sentia mais confiante dos conhecimentos de ER que possuía, mostrando-

me desta forma mais segura e mais autónoma no estabelecimento de programas de ER. No entanto, pela ambição de atingir o nível de perito referenciado por Benner (1982), sabia que necessitava de mais treino e mais aprendizagem a fim de adquirir mais conhecimento e aperfeiçoar o que se encontrava consolidado, tendo sempre em mente que o conhecimento nunca se esgota.

Aquando da realização da scoping review, assim como de posteriores pesquisas bibliográficas percebi que o treino de AVD é o que apresenta melhores resultados em termos de melhoria no autocuidado dos doentes com AVC. Por exemplo, Huijben-Schoenmakers, Gamel & Hafsteinsdottir (2009) citados por Neves (2014) concluíram que se obtém ganhos mais significativos na reabilitação após AVC através do ensino e treino dirigido para as AVD, potencializando assim a capacidade funcional do doente. O mesmo foi confirmado por Couto (2012) quando constatou no seu estudo uma evolução favorável da autonomia/independência no autocuidado, concomitante com a intervenção de ER no treino das AVD. Tendo em linha de conta o referido anteriormente, procurei através da minha observação participativa nos cuidados de enfermagem ao doente com AVC identificar quais as intervenções de ER que melhor promovem o autocuidado (objetivo específico 4). No primeiro local de estágio, constatei que o treino de AVD apresenta vantagens significativas em termos de independência, isto porque verifiquei melhorias consideráveis nos diversos autocuidados em vários casos que acompanhei durante o período de permanência neste Serviço. Por exemplo, no autocuidado higiene solicitava aos doentes que lavassem pelo menos a cara ou as mãos e que tentassem a cada dia superar o anterior, no autocuidado vestir e despir assim como no posicionar-se e transferir-se utilizei como ajuda para o treino destas AVD as atividades terapêuticas, como o rolar, a ponte e/ou a facilitação cruzada. Também utilizei estratégias para o treino do autocuidado alimentar-se, era frequente colocar uma ligadura no talher para facilitar a preensão e/ou colocar um guardanapo molhado por baixo do prato ou da taça da refeição para que este não deslizesse. Recordo-me do caso de uma senhora acometida por AVC à qual implementei um programa de reabilitação que incluía o treino do autocuidado alimentar-se. Quando a conheci, esta apresentava-se dependente em grau elevado no autocuidado em questão, sendo os Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) que alimentavam a senhora, no entanto no momento da avaliação neurológica verifiquei que apresentava uma força muscular de 4/5 (segundo a Escala de Lower) nos membros superiores e apenas apresentava um discreto

compromisso em termos de motricidade fina. Assim, na altura da alimentação, coloquei uma ligadura em volta do cabo do talher para que a mesma conseguisse comer pela sua própria mão, fui diariamente fazendo este treino, sendo que nos últimos dias do internamento a doente já se apresentava independente no autocuidado alimentar-se.

O treino de AVD apesar de se manifestar eficaz é por vezes desvalorizado quer pelos enfermeiros generalistas, quer pelos TAS, o que é notório quando percebemos que ambas as classes não estão dispostas a despende mais tempo, a fim de dar oportunidade aos doentes de se tentarem autocuidar. Por exemplo, a maioria das atividades inerentes ao autocuidado alimentar-se são comumente desenvolvidas por TAS e devido à escassez de recursos humanos e à elevada carga de trabalho, estes tendem a desempenhar esta atividade de forma rotineira e célere. A título de exemplo e voltando à situação anterior, aconteceu numa das vezes em que eu estava a facilitar a organização do tabuleiro da refeição da doente, a colocar uma ligadura em volta do cabo do talher para que a mesma conseguisse comer pela sua própria mão, vir uma TAS ter comigo e referir “esta doente não come sozinha”. Respondi-lhe que ficasse descansada pois eu iria estar ali com a doente, contudo a TAS foi embora a reclamar que preferia dar o comer à boca à doente, pois assim a doente sujava tudo e demorava muito. Percebi desde logo que o treino de AVD seria uma luta neste Serviço, contudo fui aos poucos ganhando o meu espaço, mas havia alguma resistência à mudança, pela dificuldade dos TAS perceberem o quanto é importante permitir que o doente faça o que consegue e no tempo que necessita para tal. Como nos diz Hesbeen (2003), “o que nos torna mais humanos é a humildade com que devemos tentar ajudar alguém sem a substituir”. Para a maioria dos TAS, se a pessoa tem alguma limitação funcional, passa imediatamente para um sistema totalmente compensatório, é verdade que o doente, agente dependente de cuidados, tem um défice de autocuidado, mas não nos podemos esquecer, tal como Orem (2001) nos ensinou, que existem 3 sistemas; totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educação, e a nós cabe-nos apenas fazer a escolha correta no sentido de ajudar e conferir independência e autonomia aquele doente. Esta é uma função do EEER, que se encontra inscrita nas suas Competências Específicas quando é referido que este “Implementa programas de (...) reeducação funcional motora” e “ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção

do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/ domicílio/ comunidade)” (OE, 2010, p. 3).

No mesmo sentido, denotei dificuldades semelhantes no meu segundo local de estágio, na UCC, uma vez que algumas famílias ao verem que o familiar apresenta dificuldade na realização das AVD tendem em substituí-lo, em vez de facultarem apenas o apoio necessário. Realizei o respetivo ensino, por exemplo explicando-lhes a importância de os deixarem lavarem-se até onde conseguirem, nem que fosse apenas a cara, ou alimentarem-se, sugerindo uma eventual adaptação dos talheres ou das roupas para serem mais fáceis de vestir, mas alguns familiares mostravam-se renitentes à mudança, referindo mesmo “ele não consegue” ou “está doente, não lhe vou fazer isso”. Este comportamento não ocorre com todos os familiares, recordo-me da esposa de um utente em que eu lhe explicava o que devia fazer, e na visita domiciliária seguinte ela já havia colocado em prática. Esta atitude por parte da esposa levou a melhorias significativas no potencial funcional do doente. O facto de ser dado apenas o apoio estritamente necessário é muito importante para que a pessoa consiga ser o mais autónoma e independente possível, lembrando o referido por Branco & Santos (2010, p.133) “O caminho da independência requer um ajustamento progressivo às incapacidades e uma aprendizagem em diferentes atividades, nomeadamente nas AVD”. Só através deste ajustamento às incapacidades a pessoa consegue voltar a adquirir a sua independência.

Para prestar bons cuidados de ER globais e específicos à pessoa com patologia sensório-motor e/ou neurológico, nomeadamente com AVC é essencial uma prévia e correta avaliação. Desta forma, os planos de reabilitação desenvolvidos ao longo do estágio mostraram-se fundamentais para a prestação de cuidados e para assim alcançar com êxito os meus objetivos específicos número 5 (elaborar, implementar e avaliar os planos de reabilitação, aplicados ao doente e família com alterações do foro sensório-motor e /ou neurológico, nomeadamente com AVC, tendo em vista a promoção do autocuidado) e 6 (prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, globais e específicos, à pessoa com patologia sensório-motor e/ou neurológico, nomeadamente com AVC, e suas famílias tendo em vista a promoção do autocuidado, utilizando o processo de enfermagem enquanto metodologia de trabalho). O planeamento dos cuidados de ER assim como os objetivos a atingir foram, sempre que possível, realizados com a pessoa alvo dos cuidados e/ou com o familiar cuidador,

e com a validação das EEER orientadoras, de forma a promover a independência no autocuidado.

No meu primeiro local de estágio foram vários os doentes do foro motor e/ou neurológico, nomeadamente com AVC com que trabalhei e com os quais, consequentemente, desenvolvi planos de cuidados de ER. De forma a dar resposta à temática que me propus, procurei sempre avaliar o défice de autocuidado, a capacidade de autocuidado assim como os requisitos de autocuidado alterados, dois exemplos disso podem ser observados nos estudos de caso desenvolvidos (Apêndice IV), foram duas situações que me marcaram mas sendo muito distintas. Uma situação diz respeito ao caso do senhor D., de 81 anos, com o diagnóstico de AVC isquémico, ao qual realizei avaliação neurológica e iniciei um plano de cuidados de ER no dia 11.10.2016. Numa fase inicial foi evidente a recuperação da funcionalidade motora do doente, foi realizado levante e treino de equilíbrio estático. O próprio doente percebia e referia os ganhos que estava a ter em termos de funcionalidade e mostrava-se empenhado na sua recuperação, cumprindo o plano estabelecido, contudo no dia 16.10.2016 o senhor D. não quis fazer qualquer reabilitação, nem levantar-se, tentei insistir, mas sem sucesso. O referido anteriormente implicou uma reformulação do plano de cuidados, uma vez que nesse dia apenas consegui que este me permitisse fazer as mobilizações de todos os segmentos articulares. Enquanto realizava as mobilizações fui tentando perceber o que se passava, até porque era notório o fâcias triste do mesmo e o desinteresse pelo programa de reabilitação, o que ainda nunca havia acontecido. O senhor D. confessou-me que já não queria fazer nenhuma reabilitação, referindo-me, “para quê? você já viu que eu tenho 5 filhos e estou desde dia 30.09 no hospital e ainda nenhum me veio ver”. Fiquei sem conseguir dar resposta, tentei anima-lo, mostrando-lhe se ele não queria voltar para a casa dele, voltar à vida dele, até porque este senhor era independente antes deste episódio e vivia sozinho, mas o senhor estava muito desanimado e triste. No dia seguinte, quando cheguei ao Serviço, ouço a passagem de turno e o senhor D. havia falecido às 7h, aqui fez-me todo o sentido a literatura que havia encontrado aquando do Projeto de Estágio, quando era referido que o modo como a família se organiza para responder à crise gerada pelo AVC, o modo como aprende a lidar com uma doença incapacitante, as dificuldades, as angústias que sentem e a forma como as ultrapassam, pode propiciar um impacto positivo ou negativo na recuperação do doente (Mendes e Lourenço, 2007).

A outra situação referida diz respeito ao caso da senhora M., sobre a qual também desenvolvi um estudo de caso (Apêndice IV). Esta senhora havia sido acometida por um AVC isquêmico e o plano de reabilitação que havia definido para a mesma, passava por fazer mobilizações ativas-assistidas e ativas-resistidas, atividades terapêuticas, treino de equilíbrio dinâmico, treino de marcha controlada, exercícios de reeducação dos músculos da face e exercícios de motricidade fina. Dado a patologia da senhora se enquadrar na minha área de Projeto de Estágio acabava por trabalhar durante muito tempo com esta senhora. Quase todos os dias lhe repetia a mesma frase “desculpe senhora M., mas tem que ser, para conseguirmos recuperar tudo” ao que esta me respondia, “não, venha todos os dias, isto faz-me muito bem, sinto-me melhor”, foi algo para mim muito gratificante perceber que a própria doente reconheceu o meu trabalho e o valorizou.

Quanto à RFM, neste primeiro local de estágio, tive oportunidade de desenvolver muitas atividades como, posicionamentos em padrão antispástico, mobilizações, quer passivas, quer ativas, quer ativas assistidas ou mesmo resistidas, com a minha mão ou com sacos de areia. Realizei também atividades terapêuticas, mais frequentemente auto-mobilizações, rolar, ponte, rotação controlada da coxo-femural, carga no cotovelo, facilitação cruzada. Realizei treinos de equilíbrio estático e dinâmico, com e sem bola suíça. Senti uma grande dificuldade em termos de treino de equilíbrio num doente que tinha como antecedente AVC e que era bi-amputado pelo terço superior da coxa, especialmente porque não havia no Serviço cadeira de espaldar.

Realizei também transferências da cama para cadeirão ou cadeira de rodas e vice-versa, treinos de marcha controlada e com correção postural associada. No Serviço não havia espelho quadriculado, contudo fazia uso dos espelhos normais para a correção postural, foi algo por mim muito usado em três doentes com AVC do cerebelo.

Realizei treino de AVD, essencialmente treino dos cuidados de higiene, alimentação e vestir e despir. Realizei também exercícios de motricidade fina, em que um dos exercícios que desenvolvi consistia em solicitar aos doentes que separassem o grão do feijão (tinha uma caixa com grão e feijão misturado) e simultaneamente aproveitava para fazer a estimulação cognitiva, por exemplo dizia que queria 10 feijões e 7 grãos e pedia-lhes que contassem.

O senhor N. foi um dos casos em que realizei estimulação cognitiva todos os dias, procurando obter ganhos, o que aconteceu mas de forma muito diminuta por se tratar de um doente com uma encefalopatia hepática. Contudo, por ser um doente com 58 anos considerei que deveríamos investir na sua reabilitação de forma a lhe conferir alguma independência. Inicialmente realizei o teste mini mental e voltei a realizar no meu último dia de estágio podendo comprovar que houve ganhos (Apêndice V).

Ocorreu uma situação interessante com um doente com AVC isquémico, tratava-se do senhor A., com 67 anos, que apresentava como sequelas uma parésia facial central, disartria e compromisso da motricidade fina à direita. Neste senhor, havia estabelecido um programa de RFM que incluía exercícios de reeducação dos músculos da face, exercícios da linguagem e exercícios de reeducação da motricidade fina. O senhor colaborava comigo contudo com os outros elementos da equipa este não era muito colaborante e reivindicava constantemente os cuidados e a forma como eram prestados. Todos os dias realizava os exercícios com o senhor A., houve uma recuperação pois deixou de apresentar compromisso na motricidade fina, assim como melhoria quer em termos de linguagem, quer de mimica facial. O senhor A. foi encaminhado para a fisioterapia para realizar terapia da fala, contudo recusou e referiu-me que os exercícios que estava a fazer comigo estavam a resultar e que eu já lhe tinha ensinado e ele continuava a fazer, sendo esse o motivo por que recusou. Apesar de ter incentivado o senhor A. a aceitar e ter-lhe explicado que os terapeutas da fala têm outros conhecimentos e que o iriam ajudar, não consegui que alterasse a sua decisão.

Neste primeiro local de estágio uma das dificuldades sentidas prendeu-se com a minha preocupação em implementar o meu Projeto de Estágio, motivo que me levava a seleccionar para a minha prestação de cuidados todos os doentes que estavam no Serviço com o diagnóstico de AVC. A preocupação acrescia pelo facto de não haver tantos doentes internados com o diagnóstico de AVC como estava à espera, contudo seleccionava também aqueles que tinham antecedentes de AVC, e todos aqueles que necessitassem de RFM. Nesta minha ambição na seleção dos doentes com diagnóstico de AVC, ou mesmo como antecedente, pude tirar algumas conclusões coincidentes com a literatura encontrada, como por exemplo, que todos esses doentes tinham como antecedente a HTA. O anterior está de acordo com Ferro e Pimentel (2006) quando sugerem que a HTA é um fator de risco crucial para o AVC. Esta



mesma conclusão foi retirada por Lessmann et al. (2011) no seu estudo, uma vez que todos os pacientes vítimas de AVC envolvidos tinham diagnóstico de HTA.

Outra conclusão retirada foi o facto de o AVC ser uma doença mais comum na população idosa, tal como defendiam Rocha (2008), Martins (2006) e Azeredo e Matos (2003) quando referiam que com o avançar da idade haveria um aumento do risco de AVC. Phipps (2003) corrobora a mesma ideia aludindo que o risco de AVC aumenta consoante a idade, sendo que cerca de 85% ocorre em pessoas com mais de 65 anos e que é raro ocorrer um AVC antes dos 55 anos. Durante o meu período de estágio o doente mais novo com o diagnóstico de AVC tinha 64 anos, o que está em consonância com a ideia anterior.

Relativamente à etiologia do AVC apenas encontrei casos de AVC isquémico, o que se encontra de acordo com Correia (2006), uma vez que este defende que o AVC isquémico representa 85% dos casos de AVC.

Esta minha preocupação com a implementação do meu projeto acabou por me levar a inicialmente desenvolver maioritariamente competências ao nível da reabilitação sensório-motor, claro está que também realizava RFR nesses mesmos doentes, mas mais a título preventivo para prevenção das consequências da imobilidade. Pois, como referem Branco e Santos (2010), as complicações respiratórias no doente com AVC são as mais frequentes, como resultado da imobilidade.

O referido anteriormente acabou por me fazer sentir que estava a descurar a RFR, adquirindo assim poucas competências nessa área, mas felizmente apercebi-me de tal situação a um terço do período do primeiro estágio e passei também a seleccionar os doentes com patologias do foro respiratório, procurando a ajuda da EEER orientadora para adquirir mais competências de RFR. Efetivamente senti mais dificuldades na implementação da RFR do que da RFM, considero que possivelmente se deveu ao facto do meu projeto de aprendizagem se debruçar mais na RFM, o que exigiu que tivesse realizado mais pesquisa nessa área, no entanto este contratempo foi facilmente ultrapassado. Houve necessidade de mais pesquisa e estudo da minha parte e mais auxílio por parte da EEER orientadora, mas fez-me sentir vitoriosa quando percebia que a avaliação da EEER estava de acordo com a minha, assim como a descrita em diário clínico, e posteriormente que a EEER concordava com os meus planos de intervenção após a respetiva avaliação. Foi também um grande

reforço positivo perceber que os doentes se sentiam melhor com a minha intervenção e que me procuravam solicitando a realização de exercícios de RFR.

Contrariamente ao que ocorreu no primeiro local de estágio, aquando do início do segundo período já me sentia mais confiante dos conhecimentos de ER que possuía, nomeadamente os referentes à RFR, mostrando-me desta forma mais segura e mais autónoma no estabelecimento de programas de ER.

Neste segundo local de estágio foram escassas as oportunidades de trabalhar com doentes com AVC, uma vez que durante todo o período de estágio existiram apenas 2 casos, no entanto as possibilidades de trabalhar com pessoas com patologia sensório-motor e/ou neurológico foram inúmeras, as quais abracei, tendo assim mais hipóteses para a aplicação das atividades propostas no meu Projeto de Estágio. À semelhança do primeiro estágio também desenvolvi um estudo de caso sobre uma senhora afetada por um AVC isquémico (Apêndice VII) onde consta a avaliação realizada, assim como as atividades concretizadas com a doente e com a familiar cuidadora, tendo sempre em linha de conta a promoção do autocuidado. Nesta situação, os ganhos obtidos em termos de funcionalidade da pessoa foram diminutos devido à parca colaboração da doente no plano de reabilitação estabelecido, assim como pela exaustão física e emocional da familiar cuidadora. No entanto, foram desenvolvidos esforços por mim e pela EEER orientadora para facilitar a resolução desta situação, como por exemplo, a cedência de uma cadeira de rodas, de forma a responder a um pedido da familiar cuidadora que considerava facilitadora esta ajuda técnica. Foram sempre utilizados os métodos de ajuda propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar a doente e a familiar cuidadora sobre as técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial funcional da senhora, assim como foi sempre sendo reforçada a importância da familiar cuidadora utilizar preferencialmente e sempre que possível, um sistema parcialmente compensatório ao invés do sistema totalmente compensatório.

Paralelamente ocorreram outras situações em que prestei cuidados de ER, globais e específicos, a pessoas com patologia sensório-motor nas quais obtive ganhos efetivos em termos de promoção do autocuidado. Designadamente o caso de uma senhora que havia sido submetida a um encavilhamento do fémur por fratura. Nesta situação, após análise das cartas de alta hospitalar, quer de enfermagem, quer médica, e durante a visita domiciliária, eu em conjunto com a EEER orientadora estabelecemos e iniciámos um plano de RFM, em que em cada visita treinava a

marcha com andarilho, ensinava a subir e descer escadas, as técnicas de levantar e sentar com utilização das alavancas anatómicas, transferência para sanita, deitar e levantar da cama. Contudo tratava-se de uma senhora que necessitava de fazer oxigenoterapia no período noturno, como tal, aquando do ensino das técnicas referidas anteriormente aproveitei para ensinar técnicas de conservação de energia e realizei também avaliação respiratória, perante esta avaliação mostrou-se necessária a elaboração e implementação de um plano de RFR. Nesta situação foi notória a evolução da força muscular e da capacidade de marcha da senhora, mas também houve uma evolução muito positiva a nível respiratório, no meu último dia de estágio a senhora já realizava treino de marcha apenas com uma bengala e referiu que estava a necessitar de menos horas de oxigenoterapia.

Outra situação em que houve ganhos visíveis após a intervenção de ER, refere-se a uma senhora que havia tido fratura do colo do fémur e havia sido submetida à colocação de prótese total da anca. Neste caso, aquando da primeira visita domiciliária, a doente realizava marcha com andarilho, encontrava-se de pijama e percebia-se, quer pela entrevista com a doente, quer com a familiar cuidadora que se encontrava muito confinada ao quarto e renitente a deslocar-se às outras divisões da casa. No final do estágio a doente já realizava marcha com canadianas, vestia a sua roupa, deslocava-se à cozinha para se alimentar e inclusive descia as escadas e ia ao jardim. Nesta situação, a doente destacou a importância da intervenção do EEER na eliminação de barreiras arquitetónicas, pois no final da primeira visita domiciliária a mesma referiu “ainda bem que vieram, lá no hospital explicaram-me, mas agora aqui em casa não tenho as mesmas condições e não sabia como fazer”. Neste caso, adaptei o local para a senhora se poder sentar na sala, indiquei-lhe qual o lado por onde deveria sair da cama, assim como lhe expliquei como poderia adaptar a sanita. A função do EEER na comunidade torna-se essencial nestas situações, pois mesmo que a pessoa/família tenha recebido ensinamentos no contexto hospitalar, as verdadeiras dúvidas e desafios surgem quando chega a casa, assim o EEER pode realizar ensinamentos, promover o autocuidado da pessoa e melhorar a sua qualidade de vida e da sua família. Segundo Menoita (2012:39), “o sucesso do processo de reabilitação não depende de um conjunto de atos ou técnicas pontuais, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido, para que se traduza na resolução dos problemas e na melhoria da qualidade de vida, ou seja, em ganhos no bem-estar.”

Na situação anterior, apesar da patologia em causa não ser o AVC, foi possível capacitar a pessoa, neste caso com patologia do foro sensório-motor e a sua família, para o autocuidado em contexto domiciliário, maximizando a utilização dos seus recursos pessoais e familiares, o que vai de encontro ao meu objetivo específico número 7 (capacitar a pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico, nomeadamente com AVC, e a sua família, para o autocuidado em contexto domiciliário, maximizando a utilização dos seus recursos pessoais, familiares e sociais). Contudo, também ocorreram situações de pessoas vítimas de AVC com as quais foi possível alcançar o objetivo na íntegra, exemplo disso, foi o caso de uma senhora acometida por AVC isquémico, em que no momento da entrevista identificámos, junto da pessoa e da familiar cuidadora, as necessidades e as barreiras arquitetónicas existentes no domicílio. Neste sentido, alterámos a disposição do quarto a fim de facilitar a acessibilidade e minimizar o neglect, assim como foi cedida cama articulada e colchão de pressão alterna, foi também conseguido, em conjunto com a assistente social, apoio domiciliário de forma a facilitar os cuidados à familiar cuidadora. Apesar de ter definido no Projeto de Estágio que este seria um objetivo a atingir apenas na UCC, foi possível realizar uma grande parte das atividades propostas, para atingir este objetivo, também em contexto hospitalar, uma vez que procurei saber junto das pessoas e familiares cuidadores as necessidades, preocupações e receios, assim como promover forma de as solucionar. No mesmo sentido também procurei perceber as dificuldades que a pessoa e familiares cuidadores iriam ter aquando da alta hospitalar, articulando com a assistente social com o intuito de encontrar soluções na comunidade para facilitar os cuidados. Tive ainda a oportunidade de proceder ao encaminhamento de dois doentes vítimas de AVC para a RNCCI (Apêndice VI). Todavia a comunidade é o local onde este objetivo pode ser atingido na sua plenitude, dado a comunidade ser o local onde melhor conseguimos perceber e potenciar todos os recursos pessoais, familiares e sociais disponíveis.

O meu oitavo objetivo específico (elaborar o relatório final do projeto de formação) é atingido com o culminar deste relatório. Este documento suporta-se nos momentos de aprendizagem vividos, analisados e refletidos diariamente, durante todo período de estágio e transpostos para jornais de aprendizagem, assim como nas reflexões que construí das reuniões realizadas com as EEER orientadoras e com o docente orientador.

Durante o estágio na UCC surgiu a oportunidade de realizar algumas atividades que não haviam sido previstas em Projeto de Estágio mas que contudo não deixam de fazer parte das funções do Enfermeiro Especialista/EEER. Uma das atividades refere-se à formação de Posturas e Mochilas, a qual tive oportunidade de melhorar e ministrar em conjunto com a EEER orientadora às turmas do primeiro ano das escolas primárias da região. Esta atividade enquadra-se no enunciado descritivo “A promoção da saúde” do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [RPQCEER] (OE, 2011b). Como forma de dar resposta a esta atividade, os conhecimentos adquiridos nas diversas unidades curriculares sobre posturas, movimentos e dinâmicas corporais revelaram-se essenciais. Realizei também aulas de recuperação pós-parto, neste caso como se trata de algo que não foi abordado em sala de aula, senti necessidade de pesquisar e munir os meus conhecimentos, para melhor compreender os exercícios sugeridos pela EEER às puérperas, e em conjunto com esta desenvolver novos exercícios. Considero pertinente ser o EEER a realizar a recuperação pós-parto visto que um dos problemas recorrentes é a incontinência, e tendo em consideração que nós, enquanto EEER, estamos aptos a fazer a reabilitação da eliminação, assim como temos uma maior noção dos grupos musculares que necessitam de ser reabilitados para manter a sua funcionalidade e também, tendo em conta o enunciado descritivo do RPQCEER “A prevenção de complicações”. Outra atividade que faz parte das funções da EEER orientadora da UCC e na qual tive oportunidade de participar e intervir, é a visita às pessoas sós e/ou em risco de vulnerabilidade, esta faz parte das competências comuns do enfermeiro especialista, mais concretamente do domínio de competência “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2011c).

No sentido de dar resposta a outra das atividades da EEER orientadora, realizei um artigo para a rádio local sobre AVC. Dado o AVC ser a minha área de projeto, decidi abraçar a temática e assim esclarecer a população, fazendo referência ao que significa AVC, os seus diferentes tipos, fatores de risco, consequências e medidas preventivas. Realizei também três folhetos sobre AVC, um sobre posicionamentos, outro sobre o levantar e transferência da pessoa com AVC e outro sobre o vestir e despir a pessoa com hemiplegia. Tive a possibilidade de oferecer os folhetos a cuidadores de pessoas com AVC, no sentido de lhes deixar algum material do qual se possam socorrer em caso de dúvidas, reforçando sempre que caso surgisse alguma questão me poderiam abordar na visita domiciliária seguinte, ou a EEER orientadora.

## **2.2. Análise e Reflexão das Competências Desenvolvidas em Estágio**

O objetivo primordial deste estágio prende-se com o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas necessárias à prestação de cuidados especializados de ER a pessoas com problemas de incapacidade, limitação da atividade ou restrição da participação, nos diferentes contextos de cuidados tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (OE, 2010). Todos os enfermeiros especialistas desenvolvem um conjunto de competências comuns, mas também um corpo de saberes que lhes confere competências específicas de acordo com a respetiva área de especialização. Neste subcapítulo pretendo explicar o modo como as atividades realizadas ao longo do estágio foram fulcrais para o desenvolvimento das referidas competências.

Em termos de competências comuns do Enfermeiro Especialista foram quatro os domínios a atingir. No que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi atingido tendo por base o código deontológico, respeitando sempre o sigilo profissional e a privacidade do doente. Da mesma forma procurei atuar na defesa dos direitos do doente, respeitando os valores, costumes e crenças espirituais. Colaborei com as equipas multidisciplinares, envolvendo-me e sendo parte integrante, assumindo responsabilidade pelas ações e juízos profissionais, apresentando uma postura autónoma e assertiva nas tomadas de decisão de cuidados seguros. O que se reflete no subcapítulo anterior quando refiro que no primeiro local de estágio os colegas, assim como a restante equipa multidisciplinar me encaravam como um elemento da equipa, salientando que contavam com a minha colaboração e solicitavam opiniões relativas à minha área de especialização, também os médicos me solicitavam RFR e/ou RFM para doentes que tinham a seu cargo. No mesmo sentido, é evidente o alcance deste domínio no meu respeito pelos direitos humanos assim como pela minha preocupação em que toda a equipa desempenhe cuidados seguros e que respeitem a dignidade dos utentes. Exemplo disso foi o meu empenho em alterar a conduta dos TAS no primeiro local de estágio para que estes apresentassem um maior respeito pelos utentes e que praticassem cuidados que neutralizem os riscos. E ainda, na situação do senhor D., o respeito que apresentei pela decisão do doente, quando este mostrou não querer cumprir o programa de reabilitação.

Para atingir o segundo domínio de competências, que diz respeito à melhoria contínua da qualidade, foi essencial uma prática baseada na evidência científica. Desta forma, a componente letiva deste Mestrado, nomeadamente as unidades curriculares de investigação em enfermagem e supervisão clínica, foram bases essenciais para a consciencialização da importância da prática baseada na evidência, quer científica, quer a que advém de outras fontes de conhecimento, como a que adquiri com a minha prática profissional, a que é detida quer pelos doentes quer pelos seus familiares cuidadores, assim como a que deriva do próprio contexto. Neste sentido, procurei sempre apoiar a minha intervenção na prática baseada na evidência, e para isso a utilização de escalas de avaliação foi uma constante. Era algo que já incorporava na minha prática clínica, como por exemplo as escalas de avaliação de risco de queda e de risco de úlceras de pressão, mas agora com outra visão sobre as mesmas, e ainda acrescentando outras mais direcionadas para a reabilitação, valorizando devidamente as avaliações realizadas e implementando ações, a prova disso consta nos estudos de caso desenvolvidos (Apêndice IV e VII). As avaliações que integram os estudos de caso são apenas um exemplo, uma vez que utilizei este género de avaliação com todos os doentes com que trabalhei, assim como procurei sempre envolver o doente e familiares cuidadores, no processo de reabilitação, enquanto parceiros no cuidar e na continuidade dos cuidados. Foi através da avaliação que planeei e implementei os cuidados de enfermagem de reabilitação e que posteriormente validei a qualidade e eficácia dos mesmos, alterando-os sempre que necessário.

Da mesma forma, com o intuito da melhoria contínua da qualidade procurei saber quais as necessidades de formação das equipas por onde passei. No meu primeiro local de estágio realizei uma formação para enfermeiros sobre oxigenoterapia e inaloterapia, dada esta ser a área em que haveria um défice de conhecimentos, tendo assim como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados prestados. No segundo local de estágio, pela falta de tempo para que os enfermeiros pudessem permanecer na formação, e sabendo que havia uma lacuna nos conhecimentos sobre posicionamentos, levante e transferências e vestir e despir nos doentes com AVC, desenvolvi dois panfletos e um folheto (Apêndice VIII) que poderão ser utilizados enquanto ferramentas de trabalho, quer para consulta pelos profissionais, quer para entregar às pessoas com AVC e familiares cuidadores. Em ambos os locais de estágio abordava frequentemente os diversos profissionais sobre diversas temáticas para que

podéssemos partilhar conhecimentos e assim melhorar a prestação de cuidados e concomitantemente criar um ambiente de cuidados terapêutico e seguro. No segundo local de estágio, as sugestões facultadas aos doentes e familiares cuidadores sobre pequenas adaptações a realizar na habitação, assim como o ensino sobre as medidas de segurança e os princípios de ergonomia a adotar foram também no sentido de minimizar os riscos existentes.

Neste mesmo local de estágio a EEER orientadora tinha a seu cargo um programa de apoio às pessoas sós e/ou em risco de vulnerabilidade, o qual consta numa prévia visita domiciliária. Nas visitas domiciliárias em que tive a oportunidade de participar houve necessidade de tornar os domicílios ambientes terapêutico e seguros, como por exemplo conseguir que as pessoas permanecessem no domicílio, respeitando as suas preferências, mas que tivessem uma higiene pessoal, do vestuário e da casa apropriada, realizassem uma alimentação adequada, assim como termos a garantia de que seria conseguida uma gestão adequada do regime terapêutico. Nas situações referidas, por vezes houve necessidade de articulação com os parceiros da comunidade, por exemplo, para um apoio domiciliário, e/ou para apoiarem na toma da medicação, previamente preparada (diária ou semanalmente) pelos enfermeiros da UCC.

Relativamente ao terceiro domínio de competências, gestão dos cuidados, foi alcançado à medida que fui entendendo a dinâmica funcional e organizacional dos locais de estágio e à medida que adquiri autonomia na prestação dos cuidados de ER, colaborando nas decisões e no trabalho da equipa multidisciplinar. No primeiro local de estágio este domínio de competências foi atingido logo a partir da segunda semana, uma vez que a EEER orientadora me conferiu autonomia para selecionar os doentes com que iria trabalhar e também para definir prioridades nos cuidados a prestar. No segundo local de estágio apesar de a EEER orientadora me conferir autonomia no estabelecimento dos programas de reabilitação, apenas a meio do estágio comecei a realizar a gestão semanal dos cuidados. Em ambos os locais trabalhei em conjunto com as assistentes sociais para poder providenciar os melhores cuidados aos doentes e seus familiares cuidadores, a fim de conseguir vagas em lares e apoios domiciliários, ou mesmo para concretizar os encaminhamentos dos doentes para a RNCCI. No hospital encaminhei dois doentes com AVC para a RNCCI, um para convalescença e outro para longa duração e na UCC encaminhei um doente da ECCI



para outra unidade da RNCCI, por termos diagnosticado no familiar cuidador exaustão física e emocional.

Outro aspeto que mostra a forma como este domínio de competências foi desenvolvido relaciona-se com a minha capacidade de improviso de materiais de reabilitação, adaptando os recursos disponíveis em cada situação com vista à qualidade dos cuidados. Este facto apesar de também ter ocorrido no primeiro período de estágio foi mais evidente no segundo, uma vez que se tratava de um contexto comunitário e dado não haver na UCC materiais disponíveis fui sempre improvisando com o que encontrava em casa dos utentes, como por exemplo o uso de bengalas ou cabos de vassoura para fazer o exercícios de abertura costal global, assim como o uso de molas ou simplesmente solicitar que os utentes separassem grão de feijão a fim de estimular a motricidade fina.

Em ambos os locais de estágio percebi que o EEER é por norma visto como um supervisor da qualidade dos cuidados prestados, sendo usualmente encarado como o líder da equipa, a quem os colegas recorrem para esclarecer dúvidas sobre os cuidados a prestar. Neste sentido e percebendo que as equipas já me reconheciam como EEER, uma vez que me solicitavam opiniões sobre os cuidados, procurei usar essa influência para alterar alguns métodos de trabalho, essencialmente dos TAS no sentido de conferir mais autonomia e independência aos doentes.

O domínio correspondente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi desenvolvido à medida que o meu autoconhecimento foi sendo fomentado. Os jornais de aprendizagem foram elementos essenciais, ajudando-me a refletir sobre as diversas situações de cuidados vivenciadas, facilitando assim a consolidação de conhecimentos e conferindo-me uma melhor perceção das limitações. Um exemplo do referido anteriormente ocorreu no primeiro estágio, com a minha perceção de que estaria a adquirir menos conhecimentos de RFR, o que me levou a procurar mais conhecimentos nessa área, através da pesquisa bibliográfica e também selecionando mais doentes com patologias do foro respiratório para implementação de programas de RFR. No segundo estágio ocorreu algo semelhante, mas neste tratou-se da recuperação pós-parto, área em que também senti necessidade de suportar a minha prática na evidência científica.

Este domínio foi atingido não só pela assimilação de conhecimentos como também pela partilha dos mesmos, quer através de formação em Serviço, quer através de momentos informais de partilha de conhecimentos em equipa.

Em termos de competências específicas do EEER foram três os domínios a atingir (OE, 2010). No que concerne ao primeiro domínio de competências (J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados) considero que foi amplamente alcançado, uma vez que o estágio desenvolvido permitiu cuidar de pessoas com necessidades especiais, em diferentes faixas etárias e em diferentes contextos, na fase aguda da doença, durante o primeiro estágio que decorreu em meio hospitalar, e na fase de estabilização de lesões, em contexto comunitário, no domicílio das pessoas. Visto os cuidados de ER serem indissociáveis de uma prévia e correta avaliação, ao longo de todo o estágio avaliei sempre as pessoas com que trabalhei, procurando diagnosticar todos os défices de autocuidado. Após o diagnóstico das alterações que determinavam as limitações da atividade e incapacidades, estabeleci planos de intervenção que posteriormente implementei, avaliei e reformulei sempre que necessário. Os estudos de caso apresentados nos apêndices IV e VII são exemplos que provam o desenvolvimento desta competência.

O segundo domínio de competências específicas do EEER (J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania) foi atingido através dos programas de treino de AVD desenvolvidos, tendo sempre como objetivo maximizar a capacidade funcional, minimizar os défices residuais e promover a adaptação da pessoa às limitações da mobilidade, conferindo assim maior autonomia e qualidade de vida. O estágio de observação, que decorreu num Centro de Reabilitação, mostrou-se uma ferramenta essencial para me ajudar a melhorar a elaboração dos programas de treino de AVD, uma vez que aprendi estratégias, conheci mais ajudas técnicas e produtos de apoio, assim como formas práticas de improvisar, em casos de inexistência de ajudas técnicas e/ou produtos de apoio. No entanto, no estágio anterior decorrido em meio hospitalar já tinha sido notório o desenvolvimento desta competência, por exemplo através da realização do treino de AVD, atividade que realizei usualmente por ter em consideração a sua importância na promoção do autocuidado do doente com AVC, de acordo com a literatura encontrada ao longo do desenvolvimento do projeto de estágio. A minha preocupação com o treino de AVD foi sempre uma constante, o que se percebe com o meu incentivo aos TAS para que estes conferissem mais autonomia e independência aos utentes e que lhes dessem o tempo necessário para a realização das suas AVD. O mesmo ocorreu no estágio desenvolvido na UCC, mas por sua vez,

com os familiares cuidadores. A UCC permitiu-me também desenvolver competências no âmbito da reinserção da pessoa e da readaptação ao seu contexto real, uma vez que adotei estratégias para a promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social, por exemplo através da identificação de barreiras arquitetónicas no domicílio das pessoas e da orientação para a sua eliminação.

O terceiro domínio de competências (J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa) desenvolveu-se ao longo de todo o estágio através da elaboração, implementação, avaliação e reformulação de programas de reabilitação de treino sensório-motor e cardiorrespiratório. Para o alcance deste domínio de competências foi fundamental a utilização de escalas de avaliação a fim de avaliar as capacidades da pessoa, assim como para demonstrar a evolução ao longo do programa de reabilitação. A elaboração de planos de cuidados foi também uma estratégia determinante para atingir esta competência, uma vez que com a sua materialização foi mais simples conceber, implementar, avaliar e reformular os programas de reabilitação.

Avaliando o trajeto percorrido neste período de estágio considero que o meu desempenho foi muito positivo em ambos os locais de estágio, o que foi corroborado pelas EEER orientadoras (Anexo VII). Foi-me possível alcançar plenamente os objetivos por mim definidos no Projeto de Estágio, assim como os objetivos do estágio, adquirindo desta forma competências de Enfermeira Especialista e de EEER.

### **2.3. Avaliação Global do Trabalho Desenvolvido em Estágio**

O caminho percorrido nestes últimos 18 meses mostrou-se deveras enriquecedor, possibilitando-me o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista e nomeadamente a aquisição das competências de EEER. Este trajeto apresentou-se repleto de experiências de aprendizagem, contudo foi também marcado por dificuldades e limitações.

A maior dificuldade sentida relacionou-se com a capacidade de conciliação de todo este Mestrado, em especial o período de estágio, com a minha vida pessoal e profissional. A elevada carga horária, assim como a exigência, quer em termos de trabalhos, quer em termos de estudo e pesquisa, associada às longas distâncias que tive de percorrer foram aspetos que retiveram todo o meu tempo e energia, destabilizando as minhas rotinas e prioridades habituais. Contudo, a minha vontade

em concretizar este meu objetivo com sucesso foi superior, dando-me força para colmatar todas estas dificuldades.

Agora que concluí o período de estágio posso afirmar que todas as atividades que havia planeado em Projeto de Estágio foram, na sua generalidade, realizadas e consequentemente atingidos os objetivos planeados, de forma largamente satisfatória. Estes revelaram-se fundamentais na aquisição de conhecimentos e competências inerentes à prática especializada de ER. Para a aquisição destes conhecimentos e competências foi também importante o estágio de observação desenvolvido num Centro de Reabilitação, onde tive a oportunidade de passar por todas as valências do mesmo, ficando assim com um maior leque de experiências e conhecimentos. Sendo este um Centro de referência a nível nacional permitiu-me o contacto com diversos EEER que me inspiraram para o desenvolvimento da minha prática de ER. Também os dois campos de estágio escolhidos foram produtores de inúmeras experiências e aprendizagens, o primeiro local de estágio, o hospital, foi onde dei o meu primeiro e grande passo na busca da excelência enquanto EEER, uma vez que este foi o primeiro local onde coloquei em prática os conhecimentos adquiridos durante a componente curricular deste Mestrado. Uma das dificuldades sentidas neste primeiro estágio prendeu-se com a exigência de que adquirisse autonomia rapidamente. No entanto esta exigência, no meu ponto de vista, precoce conferiu-me rapidamente uma maior responsabilidade, autonomia e independência, todavia tranquilizava-me saber que tinha sempre a supervisão da EEER orientadora.

Uma inquietude que se mostrou transversal nos dois locais de estágio relacionou-se com o número diminuto de doentes com AVC. Contudo, foi possível a aplicação do meu Projeto de Estágio em ambos os locais e inclusive obter ganhos em termos de independência no autocuidado, o se tornou num reforço positivo para manter a minha ambição na aplicação deste meu projeto.

No segundo local de estágio a dificuldade inicial era entrar nas casas das pessoas e prestar cuidados no seu próprio ambiente, que tinha condições muito diferentes das existentes no internamento e sem materiais tão adequados. No entanto, rapidamente percebi que o domicílio se apresenta como o local perfeito para a aplicação da intervenção da ER, uma vez que é neste que conseguimos conhecer as reais dificuldades e necessidades da pessoa e família. E apesar de não dispormos dos materiais ideais, através dos nossos conhecimentos e saberes conseguimos

“inventar”, através da adaptação de objetos, os materiais necessários aos programas de reabilitação.

Um aspeto menos positivo que denotei logo no início deste segundo período de estágio refere-se à dificuldade da EEER em dar um bom apoio de ER a todos os utentes, uma vez que é a única enfermeira de reabilitação da equipa e que a grande maioria dos utentes carece de cuidados de ER, o que leva a que nem todas as semanas a EEER consiga ir a todos os utentes que estão referenciados para a reabilitação. Esta dificuldade é acrescida por a EEER também ser responsável pela ECCI, realizar duas vezes por semana aulas de recuperação pós-parto e massagem ao recém-nascido, ter a seu cargo uma parte do Programa Nacional de Saúde Escolar, a formação de Posturas Corporais e mochilas, colaborar no programa de apoio às pessoas sós e/ou em risco de vulnerabilidade e dependência, ministrar formação de cuidadores aos funcionários dos lares da região, ser responsável pela gestão de ajudas técnicas, colaborar no programa Reviver e elaborar artigos para a rádio local. Se por um lado todo este trabalho desenvolvido pela EEER se torna num ponto negativo para se poder desenvolver bons programas de reabilitação, por outro, também se tornou numa mais-valia para mim enquanto estudante de ER para poder intervir e perceber toda a panóplia de áreas que um EEER pode alcançar.

Outra limitação que percebi neste segundo período de estágio relaciona-se com o precário encaminhamento que é feito dos doentes do hospital para a comunidade. Neste caso considero que se deve ao desconhecimento, por parte dos enfermeiros do hospital, do funcionamento dos Centros de Saúde, e em concreto do funcionamento da ECCI. Eu mesma, tenho que admitir que até então tinha um défice de conhecimento do que era efetivamente uma ECCI e como funcionava, apesar de fazer muitos encaminhamentos de doentes, tendencialmente, realizava-o para unidades de cuidados continuados em regime de internamento. Agora sinto-me capaz de explicar aos familiares, assim como aos colegas de equipa, o papel da ECCI e quais as vantagens, o que já aconteceu concretamente. Contudo, e infelizmente, esta falta de encaminhamento dos doentes não acontece só do hospital para a comunidade, o mesmo se passa com o encaminhamento dos doentes das unidades onde pertencem, seja da USF ou da UCSP para a UCC, uma vez que o encaminhamento para a ECCI é feito pela UCC. Esta situação tem consequências para a qualidade de vida da pessoa/família, pois são privadas dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação que podem contribuir para a redução das limitações funcionais,

promovendo a autonomia. A interligação entre a equipa hospitalar e comunidade, assim como entre as diferentes equipas de comunidade é essencial, devendo a primeira informar a outra acerca de situações com potencial de reabilitação, tal como a OE (2011:9) preconiza, deve haver “referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais envolvidos no processo de cuidados de reabilitação”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de formação que se tem vindo a desenvolver culmina com a redação deste Relatório, no qual faço uma descrição, análise e reflexão do processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEER durante o período de estágio, assim como destaco a importância da intervenção do EEER na promoção do autocuidado do doente com AVC.

A pesquisa e seleção de conteúdos para a fundamentação do Projeto de Estágio mostrou-se relevante, na medida em que a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação incorpora os resultados da investigação, as orientações de boas práticas de cuidados baseados na evidência, em torno de uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional apelando a uma articulação de saberes. Os objetivos a que me havia proposto foram amplamente alcançados, não só através das atividades planeadas mas também pelas diversas oportunidades que se proporcionaram no desenrolar do estágio. Os conhecimentos adquiridos nesta etapa vieram consolidar os que haviam sido assimilados durante a componente letiva deste Mestrado, conferindo assim uma efetiva aquisição de competências essenciais a uma prática de cuidados especializados, nomeadamente à prática de um EEER. Estas competências têm-se mostrado uma mais-valia na minha prática diária, nomeadamente através da aplicação dos conhecimentos teóricos, técnicos e científicos, nos posicionamentos, na técnica de levantar e transferência, assim como nas avaliações respiratórias, sensório-motoras e respetiva aplicação de RFR e/ou RFM. A aquisição destas competências permitiu-me assim aumentar a qualidade dos cuidados que presto e consequentemente os que a minha equipa desempenha, uma vez que vou transmitindo os conhecimentos adquiridos aos restantes elementos da equipa de enfermagem.

A elaboração deste Relatório de Estágio assim como os jornais de aprendizagem desenvolvidos no decorrer do estágio proporcionaram-me momentos de reflexão em torno do que é ser enfermeira especialista na área de enfermagem de reabilitação, destacando assim o meu contributo não só a nível da profissão de enfermagem, como também para o doente e família, promovendo uma prestação de cuidados de excelência, baseados na evidência da prática e da pesquisa científica.

O conhecimento em Enfermagem deve ser encarado como infinito e mutável, lembrando-nos que nenhum trabalho se encerra por si só, deve antes ser visto como um ponto de partida para trabalhos futuros. Com este meu Relatório de Estágio espero contribuir para o desenvolvimento da investigação, sugerindo que se procure compreender melhor a importância que a família pode ter nos ganhos em termos de autocuidado do doente com AVC.

Num futuro próximo ambiciono realizar vários projetos relacionados com a reabilitação, nomeadamente, conseguir colaborar na implementação do núcleo de Reabilitação do Doente com AVC no Centro Hospitalar onde exerço funções, integrando-o. Gostaria de prestar cuidados na comunidade visto ter percebido durante o estágio que esse é o local onde melhor conseguimos perceber e potenciar todos os recursos pessoais, familiares e sociais disponíveis, fazendo jus às competências do EEER. No mesmo sentido, pretendo dar continuidade à minha formação, sempre baseada na evidência científica, e participar em projetos de investigação que evidenciem a relevância da ER.

Agora que estou a concluir uma grande etapa do percurso para me tornar EEER, sinto-me enriquecida, sei que tenho mais conhecimentos e que os sei pôr em prática, sinto que serei uma EEER sempre na procura da excelência. Benner (1982) referiu que a competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, existindo um caminho a percorrer, de principiante a perito. Hoje já não me sinto uma principiante enquanto EEER (apesar de ainda não o ser), mas mantenho a ambição de atingir o nível de perito, a ambição de colocar em prática os meus conhecimentos e de poder ver que os meus cuidados têm repercussões positivas nos doentes que cuido. Sei que o conhecimento nunca se esgota, e que apenas detenho uma pequena parte, mas desejo a cada dia obter mais conhecimento e prestar melhores cuidados.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.
- Andrade, O. (1996). *Cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador familiar*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- American Heart Association. (2011). Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 42, 517–584.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggb3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/APER2.pdf>
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4), 199–204.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564–572. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x
- Backman, K., & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Nordic College of Caring Sciences*, 15(3), 195–202.
- Barbosa, M. (2012). *Custos e efectividade da reabilitação após acidente vascular cerebral – uma revisão sistemática*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402–407.

- Bettencourt, A., Aguiar, L., Sérgio, P. & Tojal, M. (2007). O cuidar da família que cuida. In I. Camarro et al., *Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Bidarra, M. (2011). “Re...Lembrar”. In C. Sequeira & L. Sá (eds.), *E-book, III Congresso SPESM, Informação e Saúde Mental*, 137–146.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Braunwald, E., Kasper, H., Fauci, A., Hauser, S., Jameson, J., & Longo, J. (2008). *Harrison Medicina Interna* (17ª ed.). Mc Graw Hill.
- Cambier, J., Masson, M., & Dehen, H. (2005). *Neurologia* (11ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Campos, M. (2008). *Integração na Família de uma Pessoa Dependente no Autocuidado: Impacto da Acção do Enfermeiro no Processo de Transição*. (Dissertação de mestrado não editada). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Carvalho, M. (2009). Doença Vascular Cerebral. Em Sá, M. (Coord.). *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas* (pp.167-209). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de Pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Correia, M. (2006, 1 julho). A epidemiologia dos AVC em Portugal. *Saúde Pública*. Sociedade Portuguesa do AVC.
- Costa, D. (2003). *Qualidade de Vida Pós-AVC: Resultados duma intervenção social*. (Dissertação de mestrado não editada). Universidade do Porto, Porto.
- Costa, R. (2009). *Factores preditores do estado de saúde em indivíduos vítimas de AVC*. (Dissertação de mestrado não editada). Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. (Dissertação de mestrado não editada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Cunha, M. (2014). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar*. (Dissertação de mestrado não editada). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Risco de morrer em Portugal, 2001*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *AVC: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014*. Lisboa: DGS.
- Engman, M., Lundgren, S. (2009) What does rehabilitation and nursing care implies for patients with stroke? *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 29(3), 32–36.
- European Stroke Organization. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008* (Fonseca, A., Henriques, I., Ferro, J., Trad.). Basel: S. Karger AG. doi:10.1159/000131083
- Ferreira, S. (2015). *O envolvimento da família no hospital: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. (Dissertação de mestrado não editada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J., & Pimentel, J. *Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp.77–87). Lisboa: Lidel.
- Fonseca, N. & Penna, A. (2008). Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1175–1180. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/13.pdf>

- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: da conceptualização à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (1999). Dificuldades sentidas pela família após alta hospitalar. *Pensar Enfermagem*, 3(5), 22–29.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação - aplicação e processo de Reabilitação*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Huijben-Schoenmakers, M., Rademaker, A. & Scherder, E. (2013). ‘Can practice undertaken by patients be increased simply through implementing agreed national guidelines?’ An observational study. *Clin Rehabil.* 27(6), 513–20. doi:10.1177/0269215512469119
- Imaginario, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Internacional Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE* (Versão 2). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Lisboa: INE.
- Jones, F., Riazi, A. & Norris, M. (2013). Self-management after stroke: time for some more questions?. *Disability & Rehabilitation*, 35(3), 257–264. doi:10.3109/09638288.2012.691938
- Kvigne, K. Kirkevold, M. & Gjengedal, E. (2004) The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 897–905.
- Leite, V. & Faro, A. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*, 39(1), 92–96. Acedido 18-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf>

- Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. (2011). Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke. *Rev Bras Enferm*, 64(1), 198–202. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a30.pdf>
- Lyttle, D., & Ryan, A. (2010). Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 274–282. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00245
- Markle-Reid, M., Orridge, C., Weir, R., Browne, G., Gafni, A., ... Thabane, L. (2011). Interprofessional Stroke Rehabilitation for Stroke Survivors Using Home Care. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 38, 317–334.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Marques, F. (2012). *Independência funcional do doente pós AVC*. (Dissertação de mestrado não editada). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Martins, R. (2002). Envelhecimento Demográfico. *Millenium - Revista do ISPV*, 26. Acedido 09-05-2016. Disponível em [http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26\\_23.htm](http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_23.htm)
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- McGinnes, A., Easton, S., Williams, J., & Neville, J. (2010). The role of the community stroke rehabilitation nurse. *British Journal of Nursing*, 19(16), 1033–1038. doi:10.12968/bjon.2010.19.16.78193
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meleis, A. (2007). *Theorical Nursing Developing & Progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Mendes, R. & Lourenço, C. (2007). O contributo do Enfermeiro na Reintegração/Reabilitação do doente com AVC e família na comunidade. *Ecos de Enfermagem*, 252, 16–24.
- Mendonça, F., Garanhan, M. & Martins, V. (2008). Cuidador familiar de seqüelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(1), 143-158. Acedido 25-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n1/v18n01a09.pdf>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Monteiro, R., Laurentino, G., Melo, P., Cabral, D., Correa, J., & Teixeira-Salmela, L. (2013). Fear of falling and the relationship with the measure of functional independence and quality of life in post-Cerebral Vascular Accident (Stroke) victims. *Cien Saude Colet*, 18(7), 2017-2027. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/17.pdf>
- Morais, H., Soares, A., Oliveira, A., Carvalho, C., Silva, M., & Araujo, T. (2012). Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 944–953. Acedido 25-05-2016. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_17.pdf)
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra, Formasau.
- Neves C. (2014). *Intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/independência face ao autocuidado após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura*. (Dissertação de mestrado não editada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Oliveira, C. (2003, jul.-dez.). O contexto familiar e social do doente com Acidente Vascular Cerebral. *Enfermagem*, 31/32(2), 28–38.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: OE. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Parecer nº12/2011 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido 09-05-2016. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011c). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: OE. Acedido 09-05-2016. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Orem, D. E & Taylor, S.G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing science quarterly*. 24(1), 35–4.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Paixão Teixeira, C. & Silva, L.D. (2009). As incapacidades físicas de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: ações de enfermagem. *Revista Enfermeria Global*, 15, 1–12. Murcia: Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia. Acedido 18-05-2016. Disponível em [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_revision1.pdf)

- Pereira, S. & Barros, H. (2004). Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 187–192. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1089/754>
- Petronilho, F., Machado, M., Miguel, N., & Magalhães, M. (2010). Caracterização do Doente após Evento Crítico – Impacto da (In)Capacidade Funcional no Grau de Dependência no Autocuidado. *Sinais Vitais*. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13637>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem – Da Conceptualização dos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos Últimos 20 Anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.
- Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Regulamento nº122/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República nº35 – 2ª Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Regulamento nº125/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República nº35 – 2ª Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Rensink, M., Schuurmans, M., Lindeman, E. & Hafsteinsdottir, T. (2008). Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 737–754.
- Rocha, S. (2008). *Doença cerebrovascular isquémica aguda: avaliação de protocolo de trombólise*. (Dissertação de mestrado não editada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Rosa, J. & Basto, M. (2009). Necessidade e Necessidades: Revisitando o seu Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 13–23.
- Robinson-Smith, G. & Pizzi, E. (2003). Maximizing stroke recovery using patient self-care self-efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 28(2), 48–51.



- Royal College of Physicians. (2012). *National clinical guidelines for stroke: Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party* (4<sup>a</sup> ed.). London: Royal College of Physicians. Acedido 18-05-2016. Disponível em <https://www.rcplondon.ac.uk/file/1299/download?token=mcyQFjEq>
- Sá, M. J. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 12–19. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Schäffler, A. & Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem: Manual para Enfermeiros e Outros Profissionais de Saúde*. Loures: Lusociência.
- Schaurich, D., & Crossetti, M. (2010, jan.–mar.). Produção do Conhecimento sobre Teoria de Enfermagem: Análise de Periódicos da Área, 1998-2007. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. doi:10.1590/S1414-81452010000100027
- Silva, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/default.htm>
- Simões, J.F. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Universidade de Aveiro: Dep. de Didáctica e Tecnologia Educativa.
- Taylor, S. (2004). Teoria do défice de auto-cuidado de Enfermagem. In: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem* (pp.211-235). Loures: Lusociência.
- UK Department of Health. (2005). *Self care - A real choice: Self care support - A practical option*. Acedido 25-05-2016. Disponível em [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4101702.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf)
- Umphred, D. A. (2009). *Reabilitação Neurológica*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Veiga, L. (2015). *Reabilitação funcional após Acidente Vascular Cerebral: resultados de uma Unidade de Convalescença*. (Dissertação de mestrado não editada). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.



## **APÊNDICES**



## Apêndice I – Projeto de Estágio



**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
**Unidade Curricular Opção II – Projeto de**  
**Estágio**

**Projeto de Estágio**

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na promoção do**  
**autocuidado do doente com AVC**

**Filipa Andreia Simões dos Santos**

**Lisboa**

**2016**





**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**  
**Unidade Curricular Opção II – Projeto de**  
**Estágio**

**Projeto de Estágio**

**A intervenção do Enfermeiro Especialista em**  
**Enfermagem de Reabilitação na promoção do**  
**autocuidado do doente com AVC**

**Filipa Andreia Simões dos Santos**

Orientador: Professor Joaquim Paulo Oliveira

**Lisboa**

**2016**





## LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AHA – *American Heart Association*

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

████████████████████

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESO – *European Stroke Organization*

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

TDACE – Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

## ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....	3
1.1. Título.....	3
1.2. Palavras-chave .....	3
1.3. Data de Início .....	3
1.4. Duração .....	3
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS .....	3
3. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA.....	3
3.1 Sumário.....	3
3.2 Enquadramento conceptual do tema.....	6
3.2.1 A pessoa em situação de AVC.....	6
3.2.2 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação .....	13
3.2.3 Utilização do quadro de referência em enfermagem .....	19
3.3 Plano de Trabalho e Métodos .....	23
3.3.1 Problema Geral.....	23
3.3.2 Objetivos Gerais e Objetivos Específicos .....	24
3.3.3 Fundamentação da escolha dos locais de Estágio.....	25
3.3.4 Planeamento de atividades .....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	28

## APÊNDICES

Apêndice I – Metodologia

Apêndice II – Guiões e Sínteses de Entrevistas

Apêndice III – Planeamento de Atividades

Apêndice IV – Cronograma do Ensino Clínico

## **1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

### **1.1. Título**

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado do doente com AVC.

### **1.2. Palavras-chave**

*Stroke; Rehabilitation Nursing; Self-care.*

### **1.3. Data de Início**

26 de setembro de 2016.

### **1.4. Duração**

18 semanas.

## **2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Centro Hospitalar [REDACTED] – Unidade de [REDACTED] – Serviço de Medicina II.

Unidade de Cuidados na Comunidade do [REDACTED] – Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

## **3. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA**

### **3.1 Sumário**

A reabilitação é um elemento chave para ajudar o doente a adquirir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas atividades de autocuidado (Hoeman, 2000). O objetivo do processo de reabilitação traduz-se na limitação do impacto do AVC quer para a vítima, quer para o seu cuidador e na diminuição do risco de morte. A reabilitação, que idealmente deve ser o mais precoce possível, reduz a mortalidade, tem um impacto positivo na funcionalidade e reduz a incidência de transferências para unidades de cuidados de longo prazo (Leite & Faro, 2005). Evidências de estudos clínicos sugerem que a intervenção precoce leva a uma melhoria dos resultados físicos e funcionais, devendo ser iniciada logo que a condição dos doentes o permita (American Heart

Association [AHA], 2011). O mesmo autor verificou que existe uma relação entre o aumento da intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as atividades de vida diária (AVD), e a melhoria dos resultados funcionais. Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a, p. 1), o termo AVD é definido como um:

conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades ou tarefas podem ser subdivididas em dois grupos: cuidado pessoal ou atividades básicas de vida diárias (ABVD), e atividades domésticas e comunitárias ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

As AVD fazem parte do quotidiano do indivíduo, sendo atividades de autocuidado que satisfazem as necessidades e exigências de vida do indivíduo no seu dia-a-dia. “O autocuidado é reconhecido como uma habilidade humana, sendo que a sua execução está diretamente ligada às condições que cada indivíduo possui para auto cuidar-se” (Lessmann et al., 2011, p.199). O treino das AVD é fundamental nos programas de reabilitação, tendo como objetivo principal proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de independência funcional possível (OE, 2011a).

A partir da temática e problemática descrita no título, inicia-se o percurso metodológico com a formulação da questão de investigação e definição dos critérios de inclusão e exclusão (Apêndice I). A *Scoping Review*, realizada pelo método PCC (Apêndice I), tem como finalidade suportar a justificação deste projeto. Para a sua consecução, foi primeiramente explorado o motor de busca EBSCO, sendo a pesquisa desenvolvida nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, utilizando como descritores, os seguintes termos indexados: *Rehabilitation Nursing; Rehabilitation; Stroke e Self-care*. A conjugação destes descritores resultou em 26 artigos, dos quais apenas 4 cumpriam os critérios de inclusão (anexo I). Recorreu-se ainda a pesquisa livre na EBSCO, em manuais de referência, teses, relatórios e literatura cinzenta com a seguinte expressão de pesquisa [(*Nursing Care*) AND *Stroke* AND *Rehabilitation* AND *Self-care*].

Dada a necessidade da adoção de uma filosofia de cuidados, optou-se por abraçar o modelo teórico Dorothea Orem, a Teoria do Défice de Auto-Cuidado na Enfermagem (TDACE). Esta opção prende-se com o facto de ser esta a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente,

quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa, existindo um déficit na sua ação de autocuidado. Neste contexto, o doente deve ser encarado como o centro dos cuidados de enfermagem e visto como parceiro, pois é esse o paradigma da Enfermagem de Reabilitação. A pessoa é vista como um todo, capaz de pensar, agir, sentir, participar, tomar decisões sobre si mesmo, no seu processo de saúde/doença. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) é o profissional capaz de identificar, compreender e potenciar a pessoa na satisfação das suas necessidades, caminhando com ela, no sentido de promover a sua autonomia, descobrir o que faz sentido, o que dá sentido ao que exprime sobre a forma de expectativas, desejos ou dificuldades (Hesbeen, 2003). O EEER trabalha com os doentes para que estes consigam realizar as suas AVD, atingindo assim o nível máximo de independência funcional, promovendo o autocuidado (Hoeman, 2000).

Conclui-se, de acordo com a evidência científica e segundo os autores referidos anteriormente, que a intervenção do EEER promove o autocuidado do doente com AVC, o que se encontra também suportado pelas competências do EEER, por exemplo, quando é referido que este “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (OE, 2010, p. 3). Nesta perspetiva, sendo eu já detentora das competências de enfermeiro de cuidados gerais, ambiciono atingir as competências comuns e específicas do EEER, assim como, as competências da natureza do projeto, inerentes aos objetivos a alcançar na prática de cuidados.

### **3.2 Enquadramento conceptual do tema**

Na concretização do projeto de formação torna-se imprescindível uma abordagem sobre o tema selecionado. Esta abordagem consiste num enquadramento teórico da pesquisa bibliográfica realizada com o intuito de obter uma linha lógica de pensamento, orientada para a fundamentação do problema em estudo. De acordo com Fortin (1999) “o quadro conceptual é a explicação que é dada apoiada pela publicação e pela investigação no que concerne aos conceitos e estudo”.

Neste enquadramento será abordado a pessoa após Acidente Vascular Cerebral (AVC), a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, a explicitação do quadro de referência de enfermagem utilizado, e por fim, mas não menos importante a justificação da pertinência do tema escolhido.

#### **3.2.1 A pessoa em situação de AVC**

A atualidade apresenta um envelhecimento da população mundial; a faixa etária de idosos aumenta gradualmente em relação aos demais, surgindo uma nova epidemiologia, um novo perfil de morbilidade e mortalidade associado a um aumento significativo da prevalência de doenças crónicas, salientando-se entre elas o AVC (Monteiro et al., 2013). A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2010, p. 2) classifica o AVC como “a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos”. Em Portugal, o AVC assume-se como um grave problema de saúde pública, constituindo a principal causa de morte e de incapacidade nas pessoas com mais idade (DGS, 2003; DGS, 2015). Em 2014 o Instituto Nacional de Estatística contabilizou 11808 óbitos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016). De acordo com Sá (2009, p. 14),

está calculado que no nosso país, seis pessoas em cada hora, sofrem um AVC e que duas a três morrem em consequência desta doença. Em termos genéricos, o número de vítimas mortais por mês em Portugal equivale à queda de um avião (mais de 500 pessoas) e, por ano, os AVCs são responsáveis pela morte de 200 em cada 100.000 portugueses.

Schäffler & Menche (2004) referem que 50% dos doentes vítimas de AVC morrem nos primeiros 6 meses, e dos sobreviventes, 30% continuam dependentes. Na mesma linha de pensamento, Paixão, Teixeira e Silva (2009, p. 2) salientam que

as sequelas de um AVC implicam sempre algum grau de dependência. Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVC são impedidos de voltar ao trabalho e necessitam algum tipo de ajuda no desempenho das atividades de vida diária, seja ela parcial ou total.

O AVC é considerado uma das afeções neurológicas agudas mais comuns, assim como uma das patologias mais frequentes com necessidade de internamento hospitalar (Ferro & Pimentel, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) o AVC consiste num “Comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) de provável origem vascular”, sendo desta forma excluído o Acidente Isquémico Transitório (AIT), que tem por base uma alteração transitória da perfusão de determinada região cerebral, com uma duração insuficiente para causar enfarte (Cambier, Masson & Dehen, 2005).

De acordo com a sua etiologia o AVC divide-se em hemorrágico e isquémico (OMS, 2006). Este último representa 85% dos casos, relacionando-se com a supressão de aporte sanguíneo a uma área cerebral após oclusão de um vaso sanguíneo; por sua vez o AVC hemorrágico associa-se à rutura de um vaso sanguíneo, sendo menos frequente (Correia, 2006). O AVC pode ainda ser dividido em subtipos: o isquémico que se pode dividir em trombótico, embólico ou lacunar, e o hemorrágico sob a forma intracerebral ou subaracnoide (Braunwald et al., 2008).

Segundo Ferro e Pimentel (2006) os fatores de risco de AVC dividem-se em modificáveis e não modificáveis, sendo que os não modificáveis que mais contribuem para a ocorrência de AVC são a idade, o género e etnia.

Rocha (2008) refere que com o aumento da idade, há uma maior probabilidade de AVC, ou seja, indivíduos em faixas etárias mais avançadas são mais afetados por AVC comparativamente aos mais novos. Martins (2006) também menciona que o fator idade é o mais importante; apesar de existirem casos de AVC em adultos jovens ou mesmo em crianças, a maior prevalência é a partir dos 50 anos, duplicando ou triplicando por cada 10 anos de avanço na idade. Phipps (2003) corrobora a mesma ideia aludindo que o risco de AVC aumenta consoante a idade, sendo que cerca de 85% ocorre em pessoas com mais de 65 anos e que é raro aparecer um AVC antes dos 55 anos. De igual

forma, Azeredo e Matos (2003) reportam a existência de um aumento de risco de aparecimento de AVC com o avanço da idade.

Como fator de risco modificável, Ferro e Pimentel (2006) sugerem como crucial a hipertensão, o que vai de encontro ao defendido por Branco e Santos (2010), quando referem que a hipertensão arterial é um dos principais problemas nos países desenvolvidos, atingindo aproximadamente 1000 milhões de pessoas em todo o mundo. Prevê-se, que no futuro, a sua prevalência vá aumentar notavelmente, se não forem tomadas medidas de prevenção infalíveis e abrangentes. Além da hipertensão, são considerados outros fatores de risco modificáveis: a diabetes mellitus, a hiperlipidémia, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o sedentarismo e o AIT (Ferro & Pimentel, 2006). O estudo realizado por Lessmann et al. (2011) corrobora estes dados visto que todos os pacientes vítimas de AVC envolvidos tinham diagnóstico de hipertensão e 60% de diabetes mellitus. É fundamental a identificação dos fatores de risco e a intervenção de uma equipa multidisciplinar no sentido de promover a adoção de hábitos de vida saudáveis, prevenindo novos episódios e complicações (Menoita et al., 2012).

O diagnóstico precoce pode trazer benefícios a curto e longo prazo, nomeadamente, na redução de sequelas e no número de pacientes a institucionalizar, assim como, permite reduzir a taxa de mortalidade (Martins, 2006). De acordo com Ferro (2006), para um correto diagnóstico, deve ser tida em consideração a tríade: início súbito, os sintomas e sinais focais e a existência de fatores de risco. Deverá ser realizado um exame neurológico minucioso, assim como, exames complementares de diagnóstico, sendo os mais frequentemente utilizados a Tomografia Axial Computorizada, a Ressonância Nuclear Magnética, a Angiografia Cerebral, Angiografia de Subtração Digital, a Tomografia de Emissão de Positrões, a Punção Lombar e a Eletroencefalografia (Ferro & Pimentel, 2006). Em alguns doentes os sintomas são transitórios e desaparecem completa ou espontaneamente em menos de 24 horas, normalmente ao fim de alguns minutos, sendo esta situação designada por AIT, causado por êmbolos de pequenas dimensões, êmbolos de agregados plaquetários ou hipoperfusão secundária a uma estenose crítica de uma artéria. No entanto, noutras situações, os sinais neurológicos agravam-se progressivamente ou aparecem novos sinais focais (Martins, 2006). A principal



característica de um AVC consiste no desenvolvimento súbito e catastrófico de um défice neurológico, sendo a hemiplegia o sinal clássico e mais frequente. A maioria dos doentes apresenta, numa primeira fase, perturbações de consciência, que podem variar desde a sonolência até ao coma; no entanto as alterações resultantes destas lesões poderão ser mais ou menos graves, em consonância com o grau de deficiência e incapacidade resultantes (Martins, 2006).

Schäffler e Menche (2004) sugerem como sinais e sintomas clínicos paralisias unilaterais, alterações da sensibilidade, alteração do estado de consciência, afasia, confusão mental, apraxia, incontinência ou retenção urinária; contudo salvaguardam que a associação dos sintomas pode ser muito variável dependendo da artéria e consequentemente das zonas do cérebro atingidas.

As limitações provocadas pelo AVC manifestam-se de forma diferente em cada doente, uma vez que a lesão de uma parte do cérebro pode afetar diferentes partes do corpo, provocando alterações funcionais do seu movimento e da coordenação muscular e, ainda, alterações emocionais, cognitivas e de comunicação. As alterações estruturais cerebrais ou comprometimento da função cerebral, dependem das características, localização e extensão da lesão (Costa, 2009; Barbosa, 2012; DGS, 2010). Resumindo, de acordo com Branco e Santos (2010) ocorrem alterações ao nível motor, da função sensorial, percetiva, da eliminação, do comportamento e dificuldades na alimentação.

Conforme já foi referido, em Portugal, uma das principais causas de morte e de incapacidade é o AVC, uma vez que deixa graves sequelas, não só a nível físico, mas também a nível psicológico, emocional, social e familiar (Carvalho, 2009). Sá (2009) reforça a ideia anterior quando refere que a doença vascular cerebral, a nível nacional, é a principal causa de morte, de incapacidade e dependência. De facto, um terço dos doentes que sobrevivem a um acidente vascular cerebral agudo ficam com incapacidade, 10% ficam inaptos a viver na comunidade, necessitando dos cuidados de terceiros devido a uma incapacidade grave, muitas vezes incluindo uma demência, assim como pela falta de apoios sociais (Pereira & Barros, 2004).

Não devem ser descurados os problemas secundários, como o isolamento social, a diminuição da participação em atividades de lazer, a demora no retorno ao trabalho, a ansiedade e a depressão (Markle-Reid et al., 2011). Segundo Sá (2009), mais de metade dos doentes que sofreram um AVC apresenta ainda depressão, que tende a aumentar com o tempo, assim como defeitos cognitivos, cujo risco de ocorrência deriva de perturbações de linguagem e de comunicação.

O tratamento na fase aguda (primeiras 24 horas) consiste na estabilização hemodinâmica do doente e prevenção de ulterior lesão cerebral (Phipps et al., 2003).

Para a European Stroke Organization (ESO, 2008, p. 52),

a expressão “tratamento geral” refere-se a estratégias terapêuticas que visam estabilizar o doente crítico, a fim de controlar problemas sistémicos que possam afectar a recuperação do AVC; o controlo destes problemas é uma parte central do tratamento do AVC. O tratamento geral inclui cuidados respiratórios e cardíacos, controlo metabólico e dos fluidos, controlo da pressão arterial, a prevenção e o tratamento de situações como convulsões, tromboembolismo venoso, disfagia, pneumonia de aspiração, outras infecções, ou úlceras de pressão, e ocasionalmente o controlo de pressão intracraniana elevada.

Menoita (2012, p. 20) defende que os objetivos da fase aguda passam por “limitar ao máximo a evolução da zona de penumbra isquémica e prevenir as recidivas precoces”. Para tal, é fundamental o controlo de parâmetros fisiológicos, a reperfusão e a terapêutica antitrombótica. Ao nível dos parâmetros fisiológicos, deve-se ter especial atenção à monitorização da pressão arterial, devendo manter o seu valor elevado (220–120 mmHg) nos AVC's isquémicos para não correr o risco de hipoperfusão; nos hemorrágicos o limiar de tensão arterial deverá ser inferior (180–110 mmHg) (Menoita, 2012). Para o tratamento do AVC isquémico pode ser aplicada a terapêutica trombolítica por via endovenosa, sendo recomendada a administração do ativador tecidular do plasminogénio (rt-PA) nas primeiras 3 horas após o AVC. Os benefícios da sua utilização reduzem após as 3 horas do início dos sintomas, mas estão presentes até às 4/5 horas. Esta precocidade na instituição terapêutica prende-se com o facto de que, quanto mais precoce for a restituição da circulação no território afetado maior a preservação do tecido neuronal da zona de penumbra, reduzindo assim a incapacidade neurológica (ESO, 2008). Se o doente não tiver feito trombólise, pode ser administrado ácido acetilsalicílico por via oral (Ferro, 2006).

Quanto ao tratamento do AVC hemorrágico, é sobretudo de suporte com manutenção da via aérea, oxigenação e nutrição. O tratamento cirúrgico é recomendado nos casos de hemorragia cerebelosa (Branco & Santos, 2010). Após o AVC subaracnoideu, o maior risco é a repetição da hemorragia por repetição do aneurisma, o que faz com que o tratamento do aneurisma seja uma urgência. Este pode ser neurocirúrgico, através da colocação de um clipe metálico no colo do aneurisma ou endovascular, através do preenchimento do saco do aneurisma por espiras metálicas (Ferro, 2006).

Branco e Santos (2010) dizem-nos que a reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento imediato após AVC, devendo esta ser iniciada 48 a 72 horas após a lesão.

a reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice, para obterem e manterem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais ótimas (...). Os objetivos da reabilitação variam desde o objetivo inicial de minimizar o défice, às intervenções mais complexas destinadas a encorajar uma participação ativa. (ESO, 2008, p. 72).

As consequências do AVC são diversas para a pessoa doente, ultrapassando, contudo, o âmbito individual, afetando também a família (Royal College of Physicians, 2012). Moreira (2001) confirma que quando uma pessoa sofre um AVC, toda a dinâmica familiar pode ser alterada pelo grau de dependência que geralmente esta doença acarreta. Corroborando da mesma ideia, Martins (2002) acrescenta que o AVC gera uma fonte de *stress* para o indivíduo e para a sua família, devido às desordens da funcionalidade da pessoa e às sequelas decorrentes da patologia, o que implica mudanças e capacidade de reorganização por parte da pessoa e respetiva família. Existem mudanças com as quais a família já conta, mas outras não; Minuchin (1990) refere que ao longo do ciclo vital, a família passa por 4 fontes de *stress*, sendo uma delas o stress em prol de uma doença grave ou incapacitante.

Após o AVC, a família passa por uma reorganização, redefinição de papéis entre os elementos da família e a eleição de um elemento para assumir o papel cuidador (Andrade, 1996). Mesmo que toda a família partilhe tarefas, a função de cuidar da pessoa dependente tende a ser assumida por uma única pessoa, o cuidador informal ou prestador de cuidados, que por norma se associa ao facto de ser cônjuge, de ser do género feminino, de já viver anteriormente com a

pessoa doente e de ter relação afetiva, principalmente conjugal e filhos em comum (Fonseca & Penna, 2008; Campos, 2008).

Menoita (2012) refere que a saúde de uma pessoa afeta toda a função da família, assim como a função da família afeta a saúde de cada pessoa, o que vai de encontro ao mencionado por Mendes e Lourenço (2007) quando afirmam que o modo como a família se organiza para responder à crise gerada pelo AVC, o modo como aprende a lidar com uma doença incapacitante, as dificuldades, as angústias que sentem e a forma como as ultrapassam, pode propiciar um impacto positivo ou negativo na recuperação do doente. Corroborando a mesma ideia, Oliveira (2003) concluiu no seu estudo que os indivíduos com melhor funcionalidade familiar apresentavam maior nível de independência funcional, o que nos leva a depreender que, tal como refere Hesbeen (2003), o papel e as necessidades ou expectativas dos cuidadores não podem ser minimizadas. Estes necessitam de ações educativas, de entrevistas de orientação e familiarização com os aspetos com que se irão mais tarde confrontar. Bettencourt et al. (2007) acrescenta que tendo em consideração as inúmeras necessidades da pessoa vítima de AVC, não nos podemos esquecer do desgaste físico e psicológico dos familiares cuidadores. Relembra-se ainda o estudo de Morais et al. (2012) sobre os cuidadores de doentes com AVC, que constatou que 82% dos cuidadores não possuíam atividade remunerada fora do domicílio e 42,9% dos casos deixaram de trabalhar para se tornarem cuidadores tempo integral.

As alterações decorrentes do AVC têm implicações a nível físico, psíquico e social e, conseqüentemente diminuem a qualidade de vida da pessoa e família, contribuindo tanto para a reestruturação familiar, como para a criação de novas relações entre os membros da família (Imagínario, 2004).

Hesbeen (2003, p.52) diz-nos que a “reabilitação não interessa unicamente às pessoas deficientes ou incapacitadas. Os próximos, aqueles que fazem parte do seu ambiente afetivo são também afetados pelas potenciais situações de desvantagem já existentes ou que possam vir a surgir”. Menoita (2012) relembra que o regresso a casa da pessoa com AVC é um processo complexo, assim, para minimizar a complexidade, o EEER deve informar, formar e apoiar a família. Esta é uma problemática com a qual o EEER tem de estar cada vez mais atento na medida em que se apela cada vez mais ao papel da família, contudo, a falta

de treino e preparação adequada, de informação, de competências, de substituição do cuidador, de serviços de suporte, de redes de suporte fora de casa e de capacidade económica podem criar um *stress* e uma tensão insuportáveis sobre o prestador de cuidados. Mendonça, Garanhan e Martins (2008) confirmam que durante esta fase, sentimentos de revolta e desânimo podem surgir, causando *stress* quer ao doente quer à sua família. A este nível, o EEER pode ter uma intervenção primordial uma vez que é o elemento da equipa que mais próximo está deste binómio, sendo, ao mesmo tempo, detentor de um corpo de conhecimentos e procedimentos especializados que podem ajudar a pessoa e família na resposta às suas necessidades. Face ao exposto, deve chamar-se os familiares a colaborar na continuidade da prestação de cuidados o mais precocemente possível, passando a realizar um conjunto de tarefas (até aqui realizadas por enfermeiros), tornando-os assim elementos importantes da equipa de prestação de cuidados de saúde (Marques, 2007). O ensino, quer à pessoa, quer à família, revela-se de uma importância primordial “pois favorece a transmissão de conhecimentos acerca das condutas necessárias durante a doença e a convalescença, para que se tornem o mais autónomos possível” (Henriques, 1999, p. 27).

Conclui-se, desta forma, que

a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises, tornam-se aspetos importantes, que merecem por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência no seio da família e comunidade. (Bidarra, 2011, p. 138)

### **3.2.2 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Os Cuidados do EEER baseiam-se em intervenções especializadas, direcionadas para a saúde e para a doença aguda ou crónica, que contribuem para maximizar o potencial funcional e a independência física, emocional e social da pessoa, minimizando as incapacidades, nomeadamente, através da reeducação funcional respiratória, e/ou motora, treino de AVD's, ensino sobre a otimização ambiental e da utilização de ajudas técnicas (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER], 2010). Por sua vez a OE (2011b) considera a Enfermagem de Reabilitação (ER) como uma área de intervenção

de excelência e de referência, uma vez que previne, recupera e ambiciona habilitar de novo os doentes, vítimas de doença súbita ou descompensação da doença crónica que provoque défice funcional, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas. Os objetivos são melhorar a função e promover a independência funcional da pessoa, permitindo-lhe viver com mais qualidade.

No caso concreto do doente com AVC, Leite e Faro (2005) referem que a finalidade do processo de reabilitação passa pela minimização do impacto do AVC quer para a vítima, quer para o seu cuidador, e pela otimização da hipótese de sobreviver. Esta reabilitação, que idealmente deve ser o mais precoce possível, reduz a mortalidade, tem um impacto positivo na funcionalidade e reduz a incidência de transferências para unidades de cuidados de longo prazo (Leite & Faro, 2005). Hesbeen (2003) refere também que o programa de reabilitação deve ser iniciado logo que o doente esteja estável e as lesões sejam identificadas, entre as quarenta e oito e setenta e duas horas após AVC. Contudo, antes de se iniciar qualquer intervenção terapêutica é essencial uma correta neuroavaliação, realizada pelo EEER, para se decidir o sentido do processo terapêutico e se conseguir alcançar com sucesso os objetivos (Branco & Santos, 2010). Este exame neurológico deve ser realizado na presença de algum membro da família, assim como a anamnese e o exame físico devem ser realizados em ambiente calmo e tranquilo e contemplar os seguintes itens: estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha (Menoita, 2012).

De acordo com Branco e Santos (2010), a intervenção do EEER é de extrema importância na reabilitação do doente com hemiplegia/hemiparésia. O processo de recuperação tem início após a fase aguda e exige um longo e lento processo de aprendizagem, utilizando ao máximo as capacidades que doente possui e as que podem ser reaprendidas, adequando-o às limitações do doente. O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas com AVC depende de um “crescimento” lento, repetitivo, persistente, com rotinas de exercícios que devem respeitar a capacidade individual da pessoa. Martins (2002) faz ainda referência à coordenação e inter-relação entre a equipa de saúde, utente família e comunidade como preditores de sucesso deste processo de reabilitação.

De acordo com Branco e Santos (2010) a reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento imediato pós AVC e engloba a prevenção de complicações respiratórias através da reeducação funcional respiratória, prevenção de complicações motoras com a realização de posicionamentos e mobilizações dos segmentos articulares em padrão anti-espástico pela reeducação funcional motora, e ainda a estimulação cognitiva. No mesmo sentido, Menoita (2012) refere que as intervenções que promovem a reabilitação funcional integram várias técnicas como: o posicionamento em padrão anti-espástico, indução de restrições, estimulação sensorial e atividades terapêuticas como rolar no leito, fazer a ponte, mobilizações, transferência, treino de marcha controlada, treino proprioceptivo e programa de exercícios para o domicílio.

As atividades de índole técnica, iniciadas ainda na fase aguda, logo após a estabilização da pessoa visam a melhoria da função e a prevenção de uma maior incapacidade por complicações secundárias. Preconizam a (re)aprendizagem do controlo postural e padrões de movimento básico, através de:

- Restabelecimento de controlo postural;
- Normalização de impulsos tácteis, proprioceptivos e cinestésicos;
- Inibição da espasticidade de modo a facilitar o movimento nos padrões normais e dentro de uma habilidade funcional;
- Evitação do aparecimento de contracturas e consequentemente deformidades e dor através do correto alinhamento corporal;
- Inibição dos padrões de movimento indesejado (Branco & Santos, 2010).

Hoeman (2011) refere que os objetivos gerais da terapia pelo movimento nas pessoas em situação de AVC são:

- Minimizar as anomalias do tônus;
- Manter a amplitude de movimento;
- Melhorar a função respiratória e circulatória;
- Mobilizar a pessoa nas atividades funcionais precoces como a mobilidade na cama, sentar, pôr em pé e transferências;
- Prevenir os problemas de desuso;
- Promover a consciência do lado hemiplégico;

- Melhorar o controlo do tronco, do equilíbrio sentado e em pé;
- Maximizar as atividades do autocuidado.

De acordo com Neves (2014) citando Glinsky, Harvey & Van (2007), o programa de reabilitação deve contemplar várias etapas, começando com o controlo dos movimentos do tronco, do ombro e da anca, seguindo-se a intervenção para os membros com compromisso, realizando-se movimentos passivos, ativos assistidos e ativos livres. O fortalecimento muscular através dos movimentos ativos resistidos efetua-se apenas quando a recuperação o permite. A sequência dos exercícios, tal como o treino de estratégias adaptativas, habilidades para o autocuidado, como vestir/ despir, alimentar, higiene pessoal, com vista à máxima independência possível, devem ser progressivas.

Segundo Neves (2014) citando Huijben-Schoenmakers, Gamel & Hafsteinsdottir (2009) a evidência científica revela que o ensino e treino dirigido para as AVD, permitem obter ganhos mais relevantes na reabilitação após AVC, levando à potencialização da capacidade funcional. Esta evidência assume-se como indicador de que a reabilitação a médio prazo é fundamental para maximizar os *outcomes* das pessoas após AVC. No mesmo sentido, no artigo de Jones, Riazi e Norris (2013) é referido que a política nacional do Reino Unido reconhece a importância da reabilitação na promoção da independência para o autocuidado no tratamento do AVC. Os mesmos autores fazem referência a Kennedy et al. (2007), que defendem a utilização da reabilitação de forma individualizada, no entanto, é concluído no artigo que as terapias de grupo aceleram a realização das AVD de forma independente, assim como o regresso da vítima de AVC ao seu papel social e familiar.

O estudo de Cunha (2014) analisa a evolução de doentes que sofreram AVC em duas situações: sem intervenção do EEER (compreendendo os anos de 2006 a 2010) e com intervenção do EEER (no ano de 2011). A autora concluiu que com o acréscimo da intervenção do EEER se obtêm ganhos significativos relativamente à independência ao nível dos 5 autocuidados estudados, sendo eles a higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se. Veiga (2015) obteve resultados semelhantes no seu estudo, quando após analisar a evolução das AVD, em doentes acometidos por AVC, durante o período de internamento (foram inclusos doentes que estiveram hospitalizados por um



período máximo de 30 dias, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2013) identificou uma melhoria significativa nos níveis médios e na dependência, salientando que as AVD mais afetadas foram a eliminação urinária e a eliminação intestinal e as que melhor responderam ao programa de reabilitação foram as relacionadas com a mobilidade (as transferências e subir e descer escadas). Também o estudo de Couto (2012) visou comparar as diferenças no grau de autonomia/independência no autocuidado em dois momentos de avaliação, usando como dimensões a higiene e vestuário, a alimentação, a eliminação e a atividade física, observando melhorias significativas em todos os domínios, o que evidenciou uma evolução favorável da autonomia/independência do autocuidado, concomitante com a intervenção de enfermagem de reabilitação.

Marques (2012) realizou um estudo sobre independência funcional do doente pós AVC, com uma amostra de 60 indivíduos, concluindo que o estado civil, o tempo de AVC, a reabilitação na fase aguda e o programa de reabilitação continuado apresentam influência significativa na independência funcional. A reabilitação na fase aguda dos participantes da amostra influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, notando-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão dos autocuidados, locomoção e mobilidade. Já em 2009, Umphred referia a importância de um programa de reabilitação continuado, revelando que a recuperação funcional pode continuar durante meses ou anos, contrariando ideias anteriores de que a recuperação da função motora após o AVC estaria completa ao fim de 3 a 6 meses.

Segundo Engman e Lundgren (2009) as atividades realizadas na enfermaria como lavar-se, vestir-se e movimentar-se são importantes para recuperar a capacidade e aumentar a qualidade de vida das pessoas em situação de AVC. No estudo dos referidos autores denota-se que os enfermeiros promovem e facilitam a recuperação dos doentes através de atividades para o autocuidado, mas como não planeiam, nem discutem com os mesmos o processo de reabilitação, motivo pelo qual os doentes veem essas atividades como ações vagas e não especificamente relacionadas com as funções do EEER. É ainda referido que os doentes desejam mais atenção por parte dos enfermeiros,

através de apoio e ensino, explicando-lhes a finalidade da reabilitação. Esta necessidade de apoio e ensino, incentivando os doentes é manifestada nos estudos de Robinson-Smith & Pizzi (2003) e de Huijben-Schoenmakers, Rademaker e Scherder (2013) quando mencionam que após esta atividade por parte dos enfermeiros, os doentes aumentam a sua autoestima e melhoram a autonomia, obtendo assim melhores resultados nas capacidades de autocuidado. Também nos estudos de Kvigne, Kirkevold e Gjengedal (2004) e de Lessmann et al. (2011) as Enfermeiras sublinham a importância de motivar os pacientes durante todo o processo de reabilitação, acrescentando que os indivíduos ao reconhecerem as suas potencialidades, e sendo estimulados para as ações de autocuidado, tornam-se mais ativos e participativos, refletindo-se positivamente na autoimagem e autoestima.

Ferreira (2015) verificou que os doentes consideram importante a intervenção do enfermeiro de reabilitação por lhes conferir uma melhor qualidade de vida através da manutenção e reeducação funcional: motora, sensitiva, cognitiva, do sistema cardiorrespiratório, da alimentação e eliminação (vesical e intestinal). “O caminho da independência requer um ajustamento progressivo às incapacidades e uma aprendizagem em diferentes atividades, nomeadamente nas AVD” (Branco & Santos, 2010, p.133). Assim, de forma a promover a autonomia e independência no autocuidado, o enfermeiro deve incorporar a preparação da alta e a reintegração do doente na comunidade, no programa de reabilitação, surgindo a necessidade de identificar o papel do familiar cuidador. Nesta etapa do processo de reabilitação o enfermeiro valoriza o ensino de estratégias psicossociais e de *coping*, a adaptação da pessoa vítima de AVC aos cuidadores e vice-versa, facilitando o retorno à comunidade e o restabelecimento de um novo equilíbrio de papéis (Markle-Reid et al., 2011).

A especialização dos enfermeiros em reabilitação constitui uma mais-valia na recuperação do doente, dado que as suas intervenções são baseadas em conhecimentos fundamentados e aptidões técnicas cada vez mais aperfeiçoadas (Menoita, 2012; McGinnes et al., 2010). É fundamental a participação do enfermeiro nas atividades de reabilitação para a promoção da capacidade de autocuidado, conferindo assim melhor qualidade de vida ao doente vítima de AVC (Lessmann et al., 2011).

### **3.2.3 Utilização do quadro de referência em enfermagem**

Para o desenvolvimento do presente projeto de estágio tornou-se pertinente selecionar um referencial teórico que fornecesse contributos importantes, de forma a enquadrar a pertinência da problemática selecionada. O modelo teórico que melhor se enquadra e justifica a pertinência da temática consiste na Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem (TDACE) de Dorothea Orem, sendo esta a teórica que melhor sustenta a promoção do autocuidado, nomeadamente, quando este se encontra condicionado pelo estado de saúde da pessoa, existindo um défice na sua ação de autocuidado.

Estudos que envolvem a área do autocuidado são relevantes ao nível dos cuidados de saúde, pois permitem compreender e promover a qualidade de vida das pessoas. Neste sentido o autocuidado abrange não apenas as capacidades necessárias para realizar as AVD mas também conhecimentos e perícias que as pessoas utilizam na autogestão da sua condição de saúde (Hoeman, 2011). O AVC representa um acontecimento gerador de dependência, levando à dependência no autocuidado, o qual abrange as atividades realizadas no dia-a-dia, que são fulcrais para que haja manutenção da qualidade de vida percebida pelas pessoas (Backman & Hentinen, 1999; UK Department of Health, 2005). O enfermeiro tem, desta forma, um papel fundamental na compreensão da pessoa após AVC e dos seus familiares, e como elemento de uma equipa multidisciplinar, no âmbito da reabilitação, é competente para: identificar as variáveis que afetam o regresso à comunidade; conduzir uma avaliação completa; participar no estabelecimento de objetivos mútuos e intervir a um nível que promova o sucesso, a autoconfiança e a independência do utente (Hoeman, 2011). Estas atividades encontram-se em consonância com as Competências Específicas do EEER quando é referido que este “Implementa programas de (...) reeducação funcional motora” e “ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/ domicílio/ comunidade)” (OE, 2010, p. 3).

O International Council of Nurses (ICN, 2011 p.41) define autocuidado como a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas

e as atividades de vida diária”. Este conceito é central na prática da enfermagem, sendo que evoluiu ao longo dos tempos e surge associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2012). Orem (2001, p. 43), por sua vez, definiu o autocuidado como “a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”. O autocuidado é uma função humana autorreguladora, resultante de um processo de desenvolvimento e aprendizagem, de forma a satisfazer as necessidades do indivíduo (Orem, 2001).

A teoria de Orem contempla o paradigma da Integração, que assenta na visão da pessoa como ser bio-psico-sócio-culturo-espiritual, em que os cuidados de enfermagem devem envolver a pessoa na sua ação, procurando, desta forma, satisfazer as suas necessidades (Silva, 2002). Inclui-se desta forma na Escola das Necessidades, procurando-se assistência nas atividades diárias, e no défice das capacidades para o autocuidado, visando ajudar a pessoa a adaptar-se aos seus problemas, reduzindo esse défice (Rosa & Basto, 2009, p. 20).

Orem considerou a sua teoria, a TDACE, como uma Teoria Geral de Enfermagem composta por três constructos teóricos interrelacionados, a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Taylor, 2004). Nesta teoria, inserem-se os conceitos centrais: autocuidado (*self-care*), agente de autocuidado (*self-care agent*), agente dependente de cuidados (*dependent care agent*), ação de autocuidado (*self-care agency*), comportamentos de autocuidado (*self-care behavior*), necessidade terapêutica de autocuidado (*therapeutic self-care demand*), fatores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*), requisitos de autocuidado (*self-care requisites*), défice de autocuidado (*self-care deficit*) e sistemas de enfermagem (*nursing systems*) (Orem & Taylor, 2011).

Na teoria do autocuidado, é abordada a prática de cuidados realizados pelo indivíduo “em benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal” (Taylor, 2004). É reconhecido como uma habilidade humana, em que a sua execução está diretamente ligada às condições que cada pessoa possui para se autocuidar. A realização das atividades de autocuidado visa

atingir determinados objetivos, que Orem (2001) designa de requisitos de autocuidado, classificados como: universais, quando se relacionam com os processos de vida e a manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano; de desenvolvimento, quando são associados à condição do indivíduo, resultante do seu ciclo de vida ou algum evento crítico; e desvio de saúde, enquadrando as alterações da condição do indivíduo pelo aparecimento de uma doença, déficit ou lesão, como será o caso doente com AVC.

Assim, a ação de autocuidado representa o conjunto de habilidades, conhecimentos e experiências não inatas para realizar o autocuidado. Quando, através do desenvolvimento e aprendizagem, a pessoa possui esta capacidade, é designado de agente de autocuidado. As pessoas que não possuem capacidade para se autocuidar, agente dependente de cuidados, necessitam de assistência, que é prestada por alguém que assume a responsabilidade pelos cuidados, no caso de ser um profissional, como por exemplo um enfermeiro, este designa-se de agente de auto cuidado terapêutico.

A Teoria do Déficit de Autocuidado explora a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem, contemplando situações de limitação na ação de autocuidado por motivos de saúde, em que os indivíduos se encontram parcial ou totalmente incapacitados, originando situações em que as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade do indivíduo para este desempenho (Petronilho, 2012). Quando as necessidades do indivíduo são superiores à sua capacidade, instala-se o déficit no autocuidado, emergindo desta forma outro conceito central: os métodos de ajuda. Estes métodos que representam o conjunto de medidas terapêuticas compensadoras das limitações do indivíduo, que objetivam a manutenção/promoção da saúde e a prevenção de défices, satisfazendo os requisitos de autocuidado (Orem, 2001). Os cinco métodos de ajuda identificados por Orem são: atuar ou fazer por outrem, orientar e dirigir, fornecer apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar (Taylor, 2004). O atuar por ou fazer por outrem, encontra-se no estudo de Kvigne, Kirkevold e Gjengedal (2004) quando após a estabilização do quadro clínico, o foco de atenção foi direcionado para a recuperação das habilidades funcionais, as enfermeiras passaram a utilizar exercícios quando o paciente não conseguia mobilizar os seus membros

de forma independente. O estudo de Rensink et al. (2008) relaciona-se com os restantes quatro métodos de ajuda identificados por Orem quando identifica como funções do EEER a avaliação, coordenação, comunicação, integração de terapia, apoio emocional e assistência técnica e física.

A Teoria dos Sistemas é direcionada para o tipo de sistema de enfermagem que o enfermeiro deve aplicar para dar resposta às necessidades resultantes do défice de autocuidado do doente. Orem estabeleceu três sistemas de enfermagem para o autocuidado do doente: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema apoio-educação. No sistema totalmente compensatório, o indivíduo não se consegue envolver na ação de autocuidado, tornando-se dependente de outros para garantir a sua sobrevivência e bem-estar. O sistema parcialmente compensatório, refere-se à assistência de enfermagem quando o enfermeiro e o indivíduo colaboram e ambos realizam intervenções da esfera do autocuidado, em que o indivíduo é incapaz de completar sozinho as ações do autocuidado e o enfermeiro compensa as suas limitações. Recorre-se ao sistema apoio-educação, quando o indivíduo é capaz de realizar as intervenções, apresentando capacidade para o autocuidado, contudo carece de desenvolver competências que garantam a sua concretização, necessitando de apoio, orientação e instrução do enfermeiro para o exercício e desenvolvimento dessas atividades (Petronilho, 2012). No estudo de Lessmann et al. (2011) foi utilizado o sistema de apoio-educação para realizar ações de educação em saúde sobre o modo como os indivíduos deveriam conduzir a marcha.

O modelo conceptual de Orem representa um quadro de referência não só para a prestação de cuidados de enfermagem, mas também para a investigação, pelo que a promoção do autocuidado constituiu um dos principais objetivos da prática de enfermagem (Meleis, 2007; Petronilho, 2012). Desta forma, identificar os fatores que influenciam a performance das pessoas no autocuidado tem sido um dos objetivos da investigação realizada nesta área (Backman & Hentinen, 2001; Lyttle & Ryan, 2010; Petronilho et al., 2010).

A forte representatividade desta teoria na prática de enfermagem é reforçada pela intervenção educativa do enfermeiro baseada em atitudes que promovem a autonomia no autocuidado, pela exigência face à crescente

incidência de doenças crónicas condicionantes de dependência no autocuidado e consequentes cuidados de saúde por longos períodos de tempo, e ainda pela necessidade de reestruturação dos estilos de vida (Schaurich & Crossetti, 2010). Acrescenta-se aos aspetos anteriores, a mudança do paradigma de cuidar para uma lógica de cuidados com maior enfoque na promoção da saúde, as questões económicas que implicam recursos limitados, a necessidade de capacitar as famílias para a adaptação aos desafios de saúde e os cidadãos mais informados que valorizam o processo de tomada de decisão sobre questões de saúde (Petronilho, 2012). A pessoa em situação de AVC apresenta défices no autocuidado, possuindo, no entanto, capacidades e potencialidades para reaprender e ou ampliar as ações de autocuidado, para isso, torna-se necessário ensinar, estimular e orientar continuamente, até que a pessoa se torne o mais independente possível, a fim de estabelecer a saúde e/ou mantê-la em níveis satisfatórios. Desta forma, planeio utilizar a Teoria do Défice do Autocuidado, assim como alguns dos conceitos centrais de Orem, como por exemplo: o agente dependente de cuidados (que será o meu doente com AVC), o qual terá uma necessidade terapêutica de autocuidado, e requisitos de autocuidado de desvios de saúde.

### **3.3 Plano de Trabalho e Métodos**

Neste capítulo procuro projetar o que pretendo concretizar na prática de cuidados, definindo o problema geral e problemas parcelares, os objetivos gerais e específicos, assim como a fundamentação da escolha dos locais de estágio.

#### **3.3.1 Problema Geral**

A partir de tudo o que foi anteriormente referido e neste sentido, a intervenção do EEER mostra-se de extrema importância, a fim de ajudar o doente a adquirir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas atividades de autocuidado (Hoemam, 2000). Deste modo, propõe-se o seguinte problema geral: **Qual a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado do doente com AVC?**

### **3.3.2 Objetivos Gerais e Objetivos Específicos**

A definição dos objetivos do projeto aponta os resultados que se pretende alcançar. Estes foram formulados tendo como partida o problema em estudo e com base nas competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER (Regulamento nº 122/2011; Regulamento nº 125/2011)

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de EEER de acordo com o estabelecido pela O.E.;
- Compreender as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado de um doente com AVC.

Objetivos específicos:

- Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, conhecendo a sua dinâmica de funcionamento, organização e atividades;
- Analisar o impacto do AVC no autocuidado do doente;
- Aprofundar os conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro sensório-motor com vista à promoção de independência e autonomia no autocuidado;
- Identificar quais as intervenções de enfermagem de reabilitação perante o doente com AVC com o intuito da promoção do autocuidado;
- Elaborar, implementar e avaliar os planos de reabilitação, aplicados ao doente e família com alterações do foro sensório-motor e /ou neurológico, nomeadamente com AVC, tendo em vista a promoção do autocuidado;
- Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, globais e específicos, à pessoa com patologia sensório-motor e/ou neurológico, nomeadamente com AVC, e suas famílias tendo em vista a promoção do autocuidado, utilizando o processo de enfermagem enquanto metodologia de trabalho;
- Capacitar a pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico, nomeadamente com AVC, e a sua família, para o autocuidado em contexto domiciliário, maximizando a utilização dos seus recursos pessoais, familiares e sociais;
- Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação.



### **3.3.3 Fundamentação da escolha dos locais de Estágio**

O motivo da escolha dos locais de Estágio prende-se não só com a questão de maior proximidade com a minha área de residência, comparativamente à área metropolitana de Lisboa, como pelo facto de, em ambos, existir a possibilidade de interagir com doentes vítimas de AVC, tema elencado neste projeto.

O Serviço onde irei desenvolver o meu primeiro período de estágio, de 26.09.2016 a 25.11.2016, será a Medicina II do Centro Hospitalar do [REDACTED]. O [REDACTED] é constituído por três unidades hospitalares, localizadas em [REDACTED], sendo a Unidade de [REDACTED] [REDACTED] tem uma área de influência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes. É de salientar que o envelhecimento da população é um tema recorrente na literatura sobre cuidados em saúde e esta é uma realidade presente nos serviços de Medicina, pois estamos perante uma população idosa que apresenta elevada prevalência de doenças crónicas degenerativas, somada à decorrência de pluripatologias como é o AVC (Sales & Iraci, 2007).

O segundo período de estágio irá decorrer de 28.11.2016 a 10.02.2017 na UCC do [REDACTED] pertencente ao ACES Médio Tejo.

A UCC do [REDACTED] presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos de risco e/ou em situação de vulnerabilidade, e/ou dependência que requeiram acompanhamento próximo e na integração em redes de apoio à família e a grupos. Intervêm no âmbito da promoção da saúde, proteção específica, tratamento da doença, reabilitação e reinserção social, bem como, na participação da formação de diversos grupos profissionais e no desenvolvimento de vários projetos em parceria com diversas entidades públicas e/ou privadas da sua área geográfica de atuação.

A UCC detém uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) constituída por 20 camas e que é composta por uma equipa transdisciplinar (enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, técnico de cardiopneumologia, terapeuta da fala, higienista oral, assistente social, psicóloga, médico), sendo da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio

social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Os principais motivos de admissão na UCC do [REDACTED] decorre de alterações cerebrovasculares/neurológicas (AVC, Doença de Parkinson e Síndromes Demenciais), ortotraumatológicas (motivadas por quedas) e as que decorrem de situações paliativas, repercutindo-se, deste modo, em elevados índices de imobilidade e suas consequências, perda de funcionalidade, dependência nas AVD e diminuição da qualidade de vida da pessoa/família. Tratam-se de áreas de atuação em que o EEER desempenha um papel diferenciado preponderante, conferido pela responsabilidade das competências a ele atribuídas.

#### **3.3.4 Planeamento de atividades**

Esta etapa corresponde a um conjunto de estratégias pensadas e enunciadas com o propósito de serem concretizadas na prática, mediante a mobilização de determinados recursos, também eles definidos, de modo a alcançar os objetivos previamente elaborados. Todos os objetivos têm na sua base o contributo das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEER. Em termos de avaliação das atividades, foram estipulados os indicadores e critérios de avaliação. Os indicadores surgem para alcançar os objetivos específicos, e os critérios de avaliação para aferir o próprio processo de formação.

O planeamento das atividades deste projeto encontra-se no Apêndice III.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este percurso de formação constitui um grande desafio centrado na aquisição e mobilização de conhecimentos e procedimentos específicos para a prática de cuidados, inerentes ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEER sob a orientação dos peritos na área, tendo como foco central a promoção do autocuidado do doente com AVC.

A elaboração deste projeto é essencial, na medida em que este deverá ser encarado como o fio condutor do estágio, contudo, não se pretende que seja rígido ou estático, devendo antes ajustar-se às circunstâncias e contextos que se vão apresentando, com vista a aproveitar ao máximo as aprendizagens possíveis nos vários contextos de estágio.

A principal dificuldade na realização deste projeto prendeu-se com a gestão do tempo, tendo de conjugar a minha atividade profissional, atividade escolar, vida pessoal e elaboração do mesmo. No entanto, o devoto interesse pela temática foi amplamente gratificado ao longo do desenvolvimento de todos os passos do projeto, resultando toda a pesquisa e execução num forte contributo para a aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos. A pesquisa e seleção de conteúdos para a fundamentação deste projeto mostrou-se relevante, na medida em que a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação incorpora os resultados da investigação, as orientações de boas práticas de cuidados baseados na evidência, em torno de uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional apelando a uma articulação de saberes.

Similarmente, a elaboração do projeto proporcionou-me desde o seu início momentos de reflexão, em torno do que é ser enfermeira especialista na área de enfermagem de reabilitação, pretendendo assim que o meu contributo se destaque não só a nível da profissão de enfermagem, como também para o doente e família, promovendo uma prestação de cuidados de excelência, baseados na evidência da prática e da pesquisa científica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, O. (1996). *Cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador familiar*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- American Heart Association. (2011). Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 42, 517–584.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/APER2.pdf>
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4), 199–204.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564–572. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x
- Backman, K., & Hentinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Nordic College of Caring Sciences*, 15(3), 195–202.
- Barbosa, M. (2012). *Custos e efectividade da reabilitação após acidente vascular cerebral – uma revisão sistemática*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Bettencourt, A., Aguiar, L., Sérgio, P. & Tojal, M. (2007). O cuidar da família que cuida. In I. Camarro et al., *Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Bidarra, M. (2011). “Re...Lembrar”. In C. Sequeira & L. Sá (eds.), *E-book, III Congresso SPESM, Informação e Saúde Mental*, 137–146.

- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Braunwald, E., Kasper, H., Fauci, A., Hauser, S., Jameson, J., & Longo, J. (2008). *Harrison Medicina Interna* (17ª ed.). Mc Graw Hill.
- Cambier, J., Masson, M., & Dehen, H. (2005). *Neurologia* (11ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Campos, M. (2008). *Integração na Família de uma Pessoa Dependente no Autocuidado: Impacto da Acção do Enfermeiro no Processo de Transição*. (Dissertação de mestrado não editada). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Carvalho, M. (2009). Doença Vascular Cerebral. Em Sá, M. (Coord.). *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas* (pp.167-209). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Correia, M. (2006, 1 julho). A epidemiologia dos AVC em Portugal. *Saúde Pública*. Sociedade Portuguesa do AVC.
- Costa, R. (2009). *Factores preditores do estado de saúde em indivíduos vítimas de AVC*. (Dissertação de mestrado não editada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. (Dissertação de mestrado não editada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Cunha, M. (2014). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar*. (Dissertação de mestrado não editada). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Risco de morrer em Portugal, 2001*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *AVC: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014*. Lisboa: DGS.
- Engman, M., Lundgren, S. (2009) What does rehabilitation and nursing care implies for patients with stroke? *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 29(3), 32–36.
- European Stroke Organization. (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008* (Fonseca, A., Henriques, I., Ferro, J., Trad.). Basel: S. Karger AG. doi:10.1159/000131083
- Ferreira, S. (2015). *O envolvimento da família no hospital: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. (Dissertação de mestrado não editada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel.
- Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J., & Pimentel, J. *Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp.77–87). Lisboa: Lidel.
- Fonseca, N. & Penna, A. (2008). Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1175–1180. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/13.pdf>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: da conceptualização à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (1999). Dificuldades sentidas pela família após alta hospitalar. *Pensar Enfermagem*, 3(5), 22–29.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação - aplicação e processo de Reabilitação*. Loures: Lusociência.

- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Huijben-Schoenmakers, M., Rademaker, A. & Scherder, E. (2013). 'Can practice undertaken by patients be increased simply through implementing agreed national guidelines?' An observational study. *Clin Rehabil.* 27(6), 513-20. doi:10.1177/0269215512469119
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Internacional Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE* (Versão 2). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Lisboa: INE.
- Jones, F., Riazi, A. & Norris, M. (2013). Self-management after stroke: time for some more questions?. *Disability & Rehabilitation*, 35(3), 257–264. doi:10.3109/09638288.2012.691938
- Kvigne, K. Kirkevold, M. & Gjengedal, E. (2004) The nature of nursing care and rehabilitation of female stroke survivors: the perspective of hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 897–905.
- Leite, V. & Faro, A. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*, 39(1), 92–96. Acedido 18-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf>
- Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. (2011). Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke. *Rev Bras Enferm*, 64(1), 198–202. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a30.pdf>
- Lyttle, D., & Ryan, A. (2010). Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 274–282. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00245

- Markle-Reid, M., Orridge, C., Weir, R., Browne, G., Gafni, A., ... Thabane, L. (2011). Interprofessional Stroke Rehabilitation for Stroke Survivors Using Home Care. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 38, 317–334.
- Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Marques, F. (2012). *Independência funcional do doente pós AVC*. (Dissertação de mestrado não editada). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Martins, R. (2002). Envelhecimento Demográfico. *Millenium - Revista do ISPV*, 26. Acedido 09-05-2016. Disponível em [http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26\\_23.htm](http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/26_23.htm)
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- McGinnes, A., Easton, S., Williams, J., & Neville, J. (2010). The role of the community stroke rehabilitation nurse. *British Journal of Nursing*, 19(16), 1033–1038. doi:10.12968/bjon.2010.19.16.78193
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meleis, A. (2007). *Theorical Nursing Developing & Progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, R. & Lourenço, C. (2007). O contributo do Enfermeiro na Reintegração/Reabilitação do doente com AVC e família na comunidade. *Ecos de Enfermagem*, 252, 16–24.
- Mendonça, F., Garanhani, M. & Martins, V. (2008). Cuidador familiar de seqüelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(1), 143-158. Acedido 25-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n1/v18n01a09.pdf>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.



- Monteiro, R., Laurentino, G., Melo, P., Cabral, D., Correa, J., & Teixeira-Salmela, L. (2013). Fear of falling and the relationship with the measure of functional independence and quality of life in post-Cerebral Vascular Accident (Stroke) victims. *Cien Saude Colet*, 18(7), 2017-2027. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/17.pdf>
- Morais, H., Soares, A., Oliveira, A., Carvalho, C., Silva, M., & Araujo, T. (2012). Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 944–953. Acedido 25-05-2016. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_17.pdf)
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra, Formasau.
- Neves C. (2014). *Intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/independência face ao autocuidado após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura*. (Dissertação de mestrado não editada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Oliveira, C. (2003, jul.-dez.). O contexto familiar e social do doente com Acidente Vascular Cerebral. *Enfermagem*, 31/32(2), 28–38.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: OE. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Parecer nº12/2011 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido 09-05-2016. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: OE.

Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

Orem, D. E & Taylor, S.G. (2011). Reflections on nursing practice science: the nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nursing science quarterly*. 24(1), 35–41.

Organização Mundial da Saúde (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Paixão Teixeira, C. & Silva, L.D. (2009). As incapacidades físicas de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: ações de enfermagem. *Revista Enfermeria Global*, 15, 1–12. Murcia: Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia. Acedido 18-05-2016. Disponível em [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_revision1.pdf)

Pereira, S. & Barros, H. (2004). Acidente Vascular Cerebral: Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 187–192. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1089/754>

Petronilho, F., Machado, M., Miguel, N., & Magalhães, M. (2010). Caracterização do Doente após Evento Crítico – Impacto da (In)Capacidade Funcional no Grau de Dependência no Autocuidado. *Sinais Vitais*. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13637>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem – Da Conceptualização dos Dados Empíricos através de uma Revisão da Literatura dos Últimos 20 Anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.

Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Regulamento nº122/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República nº35 – 2ª Série.  
Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento nº125/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República nº35 – 2ª Série.  
Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Rensink, M., Schuurmans, M., Lindeman, E. & Hafsteinsdottir, T. (2008). Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 737–754.

Rocha, S. (2008). *Doença cerebrovascular isquémica aguda: avaliação de protocolo de trombólise*. (Dissertação de mestrado não editada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Rosa, J. & Basto, M. (2009). Necessidade e Necessidades: Revisitando o seu Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 13–23.

Robinson-Smith, G. & Pizzi, E. (2003). Maximizing stroke recovery using patient self-care self-efficacy. *Rehabilitation Nursing*, 28(2), 48–51.

Royal College of Physicians. (2012). *National clinical guidelines for stroke: Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party* (4ª ed.). London: Royal College of Physicians. Acedido 18-05-2016. Disponível em <https://www.rcplondon.ac.uk/file/1299/download?token=mcyQFjEq>

Sá, M. J. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 12–19. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Schäffler, A. & Menche, N. (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem: Manual para Enfermeiros e Outros Profissionais de Saúde*. Loures: Lusociência.

Schaurich, D., & Crossetti, M. (2010, jan.–mar.). Produção do Conhecimento sobre Teoria de Enfermagem: Análise de Periódicos da Área, 1998-2007. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*. doi:10.1590/S1414-81452010000100027

- Silva, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26. Acedido 09-05-2016. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium26/default.htm>
- Taylor, S. (2004). Teoria do défice de auto-cuidado de Enfermagem. In: Tomey, A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem* (pp.211-235). Loures: Lusociência.
- UK Department of Health. (2005). *Self care - A real choice: Self care support - A practical option*. Acedido 25-05-2016. Disponível em [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4101702.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf)
- Umphred, D. A. (2009). *Reabilitação Neurológica*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Veiga, L. (2015). *Reabilitação funcional após Acidente Vascular Cerebral: resultados de uma Unidade de Convalescença*. (Dissertação de mestrado não editada). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Metodologia**

## METODOLOGIA

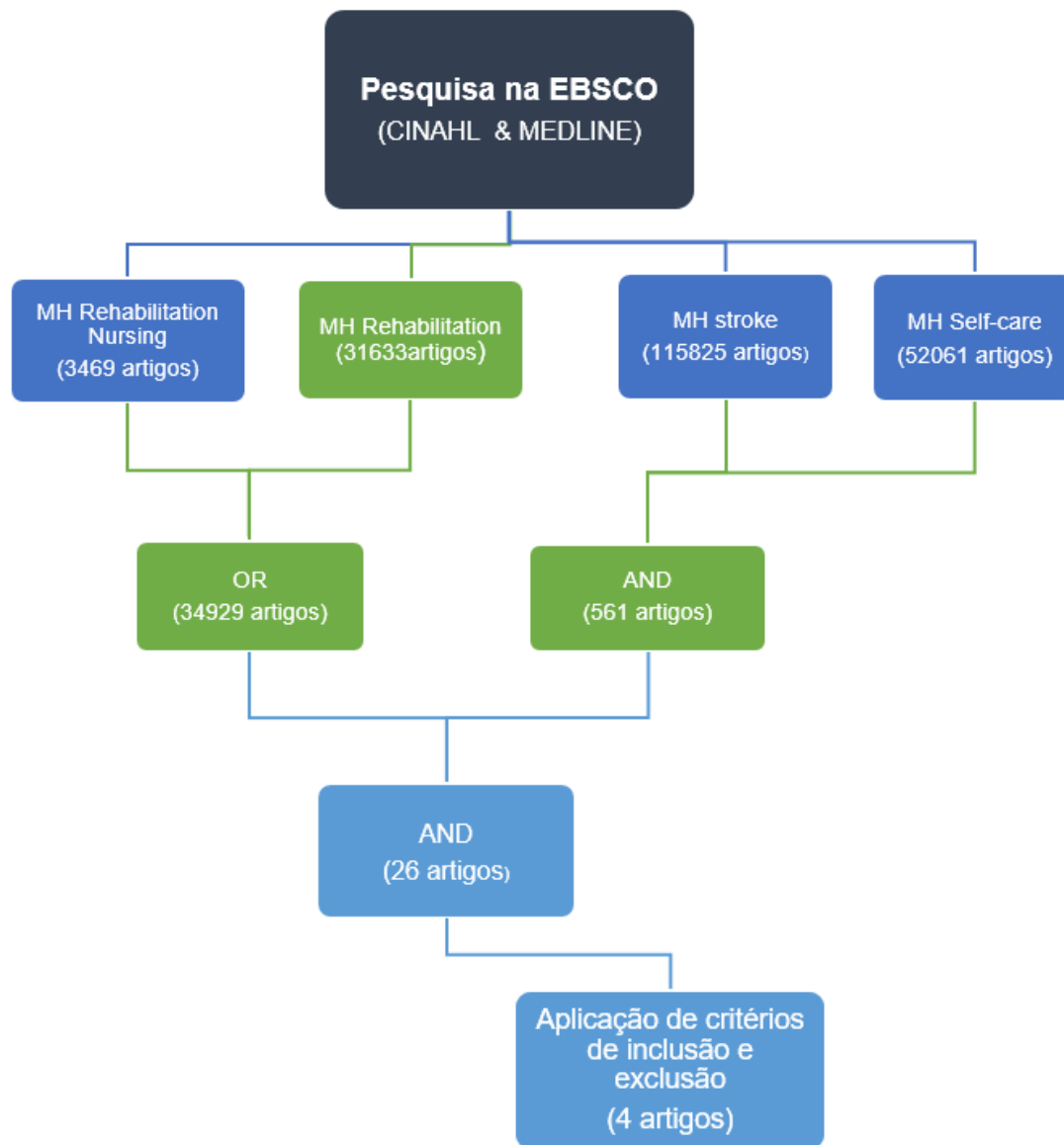
### Método PCC

<b>P</b>	<b>População</b>	Pessoas com AVC
<b>C</b>	<b>Conceito</b>	Promoção do autocuidado
<b>C</b>	<b>Contexto</b>	A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

### CrITÉRIOS de inclusão e exclusão

CrITÉRIOS de seleção	Inclusão	Exclusão
<b>População</b>	Pessoa com AVC	Idade inferior a 18 anos
<b>Conceito</b>	Artigos em que estejam inclusos programas de reabilitação para a promoção do autocuidado	Programas de reabilitação que não tenham como objetivo a promoção do autocuidado
<b>Contexto</b>	Programas de reabilitação de doentes com AVC	Ausência de programa de reabilitação

## Organograma de pesquisa





## **Apêndice II – Guiões e Sínteses de Entrevistas**

**Guião de Entrevista****– Serviço de Medicina II**

ÁREA	PERGUNTAS
<b><u>LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Apresentação</li><li>✓ Apresentação dos objetivos da visita/entrevista</li><li>✓ Obtenção de consentimento</li></ul>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quanto ao espaço físico, o que a instituição/Serviço contempla?</li><li>• Qual a proveniência dos utentes? Qual a população abrangida?</li><li>• Qual a faixa etária dos utentes e patologias mais frequentes?</li><li>• Qual a taxa de ocupação do Serviço?</li><li>• Qual o horário das visitas?</li><li>• O internamento é contínuo ou existe possibilidade de ir no fim-de-semana ao domicílio? Em que circunstâncias?</li><li>• Existem utentes em programa de reabilitação em ambulatório ou apenas internamento? Que tipo de situações?</li><li>• Considera ter condições no Serviço para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação? São as ideais? O que mudaria?</li></ul>
<b><u>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? Desses elementos quantos são EEER?</li><li>• O horário praticado pelos Enfermeiros generalistas diverge dos Enfermeiros especialistas? Se sim, porquê e como?</li><li>• Como são distribuídos os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação pelos turnos?</li><li>• Que funções assume o Enfermeiro de Reabilitação no Serviço?</li><li>• Qual o número de utentes atribuídos/distribuídos ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação? Quais os critérios?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> </ul>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o tempo médio de internamento dos utentes?</li> <li>• Quais as características da população que o Serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, compromissos sensoriomotores, condições socioeconómicas)</li> <li>• Qual a incidência de utentes com AVC?</li> <li>• Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?</li> </ul>
<b><u>AVALIAÇÃO DOS UTENTES</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como realiza a seleção dos utentes alvo dos seus cuidados?</li> <li>• Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> </ul>
<b><u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como procede ao planeamento dos cuidados?</li> <li>• De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento?</li> <li>• O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa?</li> <li>• Durante o internamento há possibilidade de realizar treino de AVD?</li> <li>• Apenas presta cuidados aos utentes do Serviço ou dá apoio a outros serviços?</li> <li>• Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordena os cuidados de enfermagem de reabilitação com outros enfermeiros especialistas? Existe uma equipa de reabilitação?</li> <li>• Que limitações ou dificuldades sente como enfermeiro de reabilitação na sua prática e cuidados?</li> <li>• Qual a receptividade do utente aos cuidados do enfermeiro de reabilitação?</li> <li>• Como a família é incluída nos cuidados planeados?</li> </ul>
<b><u>ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, RELAÇÃO INTERDISCIPLINAR E PREPARAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe articulação nos cuidados com outros profissionais na equipa? (Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional/ Terapeuta da Fala/ Nutricionista)</li> <li>• Como prepara a alta do utente para o regresso ao domicílio? Qual o papel e importância do Enfermeiro de Reabilitação na decisão da alta do utente?</li> <li>• Existe alguma parceria/ articulação de cuidados com a comunidade na preparação e no momento da alta?</li> <li>• Como articula a continuidade de cuidados?</li> <li>• Existe programas de reabilitação que tenham início no internamento e tenham continuidade no pós-alta?</li> <li>• O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?</li> </ul>
<b><u>OUTRAS ATIVIDADES</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui algum projeto? O que gostaria de concretizar?</li> </ul>
<b><u>FIM DA ENTREVISTA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agradecimento pela entrevista</li> </ul>

## **██████████ – Serviço de Medicina II**

### **Síntese da entrevista com a EEER orientadora**

#### **Caraterização do Serviço**

O Serviço de Medicina II é composto por 26 camas, estando integrado na Unidade de ██████████. Este último tem uma área de influência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes.

O internamento dos doentes é contínuo, não existindo a possibilidade da ida de fim-de-semana, assim como não há a possibilidade de ser realizado o programa de reabilitação em ambulatório.

A EEER considera que em termos de cuidados de ER o Serviço dispõe de pouco material para esses mesmos cuidados, e de escassos recursos humanos, uma vez que não há uma equipa de ER. Existe uma EEER na Medicina I e outra na Medicina II e estas tentam abarcar os dois Serviços.

#### **Gestão de Recursos Humanos**

Como foi referido anteriormente, existe escassez de EEER mas apesar disso, esporadicamente estes elementos têm que assumir funções de gestão. Para fazer face a este contratempo, quando os EEER selecionam os utentes para cuidados de reabilitação excluem aqueles que se encontram a fazer fisioterapia referindo que para poder fazer um bom trabalho enquanto EEER não podem ter mais do que 6 doentes. Estes procuram articular o trabalho de EEER com os enfermeiros generalistas, por exemplo, quando estão a realizar o protocolo da deglutição, informam os enfermeiros generalistas de qual a consistência que deve ser administrada ao doente. Os EEER fazem turnos das 8h às 16:30h ou das 16h às 00h, dentro dos mesmos horários dos enfermeiros generalistas, apenas não fazem o turno da noite.

#### **Caraterização da população assistida**

A faixa etária com maior prevalência no Serviço é entre os 60 e 80 anos, quanto a patologias, as mais frequentes são as pneumonias, derrames pleurais, DPOC, infeções do trato urinário e AVC.

## **Avaliação dos utentes**

A seleção dos doentes alvo dos cuidados de ER é feita em articulação com o médico, a equipa de enfermagem, doentes e/ou família. São identificadas as necessidades de cuidados de ER de acordo com o diagnóstico, ou informação do médico do doente, ou dos enfermeiros generalistas.

## **Prestação e continuidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Quanto ao planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa e discutido com o médico, doente e/ou família, no sentido de saber quais as necessidades de cuidados de ER. A receptividade dos doentes, assim como da família, aos cuidados do EEER tem sido muito boa. Consideram uma grande vantagem em termos de planeamento de alta, ida para o domicílio, algo que é iniciado no primeiro dia que o doente chega ao Serviço.

Os registos de EEER são realizados no programa SClínico, sendo que todos os enfermeiros e médicos têm acesso à informação registada.

## **Organização do trabalho, relação interdisciplinar e preparação da alta hospitalar**

A organização do trabalho é realizada de forma autónoma, mas em articulação com a equipa multidisciplinar, em especial com as fisioterapeutas, no sentido de que quando os doentes terminam o programa de fisioterapia estas articulam com os EEER para que haja continuidade.

A alta é planeada desde o primeiro dia que o doente entra no Serviço, mas nos casos específicos de doentes que vão para centros de reabilitação ou cuidados continuados é feita a avaliação pela Equipa de Gestão de Altas.

Quanto à articulação dos cuidados de ER com a comunidade passa por uma carta de referência de enfermagem onde se encontra descrito o programa de reabilitação desenvolvido durante o internamento.

## **Outras atividades**

A EEER referiu que possuem um projeto de reabilitação geral e um de reabilitação da deglutição. Adiantou ainda que gostaria de implementar um projeto de treino de AVD.

**Guião de Entrevista**  
**UCC [REDACTED] – ECCI**

ÁREA	PERGUNTAS
<b><u>LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação</li> <li>✓ Apresentação dos objetivos da visita/entrevista</li> <li>✓ Obtenção de consentimento</li> </ul>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como está organizada a UCC?</li> <li>• Quanto ao espaço físico, o que a instituição contempla?</li> <li>• Que recursos estão disponíveis na comunidade?</li> <li>• Quais os critérios de referenciação para admissão dos utentes? (condições de acesso)</li> <li>• Como é constituída a equipa multidisciplinar?</li> <li>• Qual o horário de funcionamento da UCC?</li> <li>• Qual a área de abrangência da UCC?</li> </ul>
<b><u>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? E quantos são Enfermeiros Especialistas em Reabilitação?</li> <li>• Qual o horário que os EEER praticam?</li> <li>• Que funções desempenham os EEER?</li> <li>• Como é feita a articulação entre os Enfermeiros Generalistas e os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> <li>• Como é realizada a articulação entre a equipa multidisciplinar?</li> </ul>
<b><u>CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais as características da população que a UCC recebe? (faixa etária, tipo de patologia, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, compromissos sensoriomotores, condições socioeconómicas)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a incidência de doentes com AVC?</li> <li>• Quais as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação mais frequentes na população assistida?</li> </ul>
<b><u>AVALIAÇÃO DOS UTENTES</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais são os critérios de referenciação? Como é articulado entre as instituições de onde vem referenciados?</li> <li>• Quais são os critérios para acompanhamento pela UCC?</li> <li>• Como realiza a seleção dos doentes alvo dos seus cuidados?</li> <li>• Em que momento, quem e como são identificadas as necessidades de intervenção dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação?</li> </ul>
<b><u>PRESTAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como procede ao planeamento dos cuidados?</li> <li>• De que forma o doente participa (ou não) nesse planeamento?</li> <li>• O planeamento do programa de reabilitação é realizado em equipa?</li> <li>• Quais os critérios tidos em conta na distribuição de doentes para o EEER?</li> <li>• Como é feito e qual o número de doentes distribuídos?</li> <li>• Em que horários e com que frequência são feitas as visitas domiciliárias?</li> <li>• Como é feita a organização do trabalho durante um turno?</li> <li>• Que instrumentos são utilizados para registo das intervenções dos enfermeiros de reabilitação? Escalas?</li> <li>• Como se processa todo o circuito do doente, desde a admissão até à alta?</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o papel do familiar cuidador no processo terapêutico?</li> <li>• Realizam treino de AVD?</li> </ul>
<p><b><u>AUTONOMIA,</u></b>  <b><u>ORGANIZAÇÃO DO</u></b>  <b><u>TRABALHO E</u></b>  <b><u>RELAÇÃO</u></b>  <b><u>INTERDISCIPLINAR</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como o EER organiza o seu trabalho ao longo do dia e que tipo de atividades são prioritárias?</li> <li>• Quais as maiores dificuldades de readaptação, sentidas e/ou manifestadas pelos familiares cuidadores e/ou doente quando regressam a casa, após a alta hospitalar?</li> <li>• O que seria necessário fazer no internamento que facilitasse a readaptação das pessoas à sua nova condição?</li> <li>• Recebe informação do hospital sobre o programa de reabilitação que o doente terá iniciado no internamento?</li> <li>• Que limitações ou dificuldades sente como enfermeira de reabilitação na sua prática e cuidados?</li> <li>• Qual a receptividade do doente aos cuidados do enfermeiro de reabilitação?</li> <li>• O que considera importante para uma melhor prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação?</li> </ul>
<p><b><u>OUTRAS</u></b>  <b><u>ATIVIDADES</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui algum projeto? Tem algum projeto que gostaria de concretizar?</li> </ul>
<p><b><u>FIM DA</u></b>  <b><u>ENTREVISTA</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agradecimento pela entrevista</li> </ul>

## **UCC do [REDACTED] – ECCI**

### **Síntese da entrevista com a EEER orientadora**

#### **Caraterização do Serviço**

A UCC do [REDACTED] tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica do [REDACTED], visando a obtenção de ganhos em saúde.

Assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade para prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos de risco e/ou em situação de vulnerabilidade e/ou dependência que requeiram acompanhamento próximo, na integração em redes de apoio à família e a grupos.

Esta Unidade situa-se nas instalações do Centro de Saúde do [REDACTED], sendo constituída por 4 salas (um gabinete de assistente técnica, 2 gabinetes de enfermagem, uma sala de reuniões). Trabalha em alguns projetos/programas em parceria com os parceiros da comunidade, sendo eles: Câmara Municipal, 2 juntas de Freguesia, Segurança Social, Lar Santa Casa da Misericórdia/Lar Fernando Eiró, Associação de Lares Ferroviários, PSP, Manutenção militar, Bombeiros Voluntários, CERE, Agrupamento de Escolas, CLAC.

A Equipa, é constituída a tempo inteiro por: uma assistente técnica, uma enfermeira coordenadora, uma enfermeira especialista em saúde comunitária, uma enfermeira especialista em reabilitação, uma enfermeira com pós-graduação em cuidados paliativos, um enfermeiro com pós-graduação em enfermagem familiar, uma Terapeuta Ocupacional, 4h semanais, uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, 4h semanais (curso de preparação para a parentalidade). O horário de funcionamento nos dias úteis é das 8h às 20h e aos fins-de-semana das 8h às 13h podendo-se prolongar até as 17h.

## **Gestão de Recursos Humanos**

A equipa da UCC é composta por 5 enfermeiros, sendo um deles o Coordenador da Equipa, existindo apenas uma EEER que desempenha funções de enfermeiro generalista e de enfermeiro especialista em reabilitação. Na ausência da Enfermeira Chefe/coordenadora da UCC, são-lhe também atribuídas essas funções. O horário desempenhado pela EEER é de 8h diárias, 5 dias por semana.

A articulação entre EEER e os Enfermeiros generalistas, assim como com a equipa multidisciplinar, é efetuada através de nota de referenciação de enfermagem, ficha de identificação, oralmente e/ou através de correio eletrónico.

## **Caraterização da população**

A UCC presta cuidados a toda a população do concelho do [REDACTED], pessoa/família/grupos e comunidade. As necessidades mais comuns desta população em termos de cuidados de ER são as decorrentes das alterações neurológicas traumáticas e não traumáticas (AVC, Demências/Alzheimer, doença de Parkinson, Esclerose múltipla, entre outras), cardiorrespiratórias e ortotraumatológicas (fraturas).

## **Avaliação dos Utentes**

Relativamente à ECCI os utentes são referenciados pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) dos Hospitais. Podem ser também transferidos pelas Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Neste caso a decisão é validada pela Equipa Coordenadora Local, sediada em [REDACTED].

A seleção dos doentes para cuidados de EEER é realizada através da informação médica e de enfermagem e posteriormente de uma avaliação neurológica e funcional. Apenas são referenciados para a UCC – ECCI, pessoas com dependência total ou severa, que necessitem de tratamento diário, que tenham necessidade de prestação de cuidados domiciliários superior a uma vez por dia ou cuidados domiciliários que excedam 1h e 30 minutos por dia e pelo menos três dias por semana, que tenham necessidade de cuidados que requeira

um grau de diferenciação que exceda a equipa básica e também nos casos em que haja necessidade de cuidados de Reabilitação/Paliativos.

### **Prestação e continuidade de cuidados de enfermagem de reabilitação**

O planeamento dos cuidados de ER é realizado semanalmente, em conjunto com a pessoa/família e de acordo com as necessidades e capacidades identificadas/avaliadas, sendo realizado treino de AVD sempre que possível.

As visitas domiciliárias são realizadas entre as 8h e as 20h de acordo com o horário e as necessidades de cada pessoa/família, lembrando que o papel do familiar cuidador é de extrema importância, para uma evolução positiva da pessoa a ser cuidada.

Em termos de registo das intervenções de EEER foi criada uma folha de avaliação que contempla: avaliação do estado de consciência; avaliação do padrão de movimento; avaliação da força muscular (Escala de Lower); avaliação do equilíbrio corporal; avaliação da sensibilidade superficial e profunda; avaliação da espasticidade (Escala de Ashworth) e o Índice de Barthel.

O registo é efetuado no programa SClinico, o da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - ECCI é efetuado no aplicativo Gestcare que contempla: um instrumento de avaliação integrado (que inclui índice de katz e de lawton); escala de Braden; escala de Morse e tabela nacional de funcionalidade.

### **Autonomia, organização do trabalho e relação interdisciplinar**

De acordo com a EEER, seria importante que houvesse mais EEER, assim como mais material de reabilitação nos cuidados de saúde primários, em concreto nas UCC, visto que existe uma boa receptividade por parte da pessoa e/ou família, considerando os cuidados de ER de extrema importância para a recuperação da autonomia e qualidade de vida. No entanto, a EEER manifesta falta de tempo para conseguir prestar cuidados a todas as pessoas/famílias que necessitam.

A EEER referiu também ser necessário uma maior articulação entre Hospital e Centro de Saúde e mesmo entre os enfermeiros de reabilitação do internamento e das UCC, ficando muitas vezes sem saber se já foi iniciado algum programa de reabilitação no internamento. Por sua vez, os familiares cuidadores

e/ou doente manifestam algumas dificuldades de readaptação quando regressam a casa, após a alta hospitalar, sendo as mais comuns a insegurança, as barreiras arquitetónicas e a consequente necessidade de readaptação do espaço físico, a dificuldade para satisfazer o autocuidado higiene, assim como para os posicionamentos, transferências e mobilizações.

### **Outras atividades**

A EEER é responsável pela ECCL, Programa Reviver, Projeto pessoas/famílias com critérios de risco/vulnerabilidade e dependência que vivem sós, gestão das ajudas técnicas e produtos de apoio, recuperação pós parto/massagem ao recém-nascido, saúde escolar (postura corporal) e na formação de cuidadores formais dos lares do concelho do [REDACTED], bem como na formação de alunos de enfermagem.

### **Apêndice III – Planeamento de Atividades**

## Planeamento de Atividades

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b></p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p><b>1</b> – Integrar de forma progressiva e gradual a equipa multidisciplinar, conhecendo a sua dinâmica de funcionamento, organização e atividades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de uma visita guiada, em cada um dos locais de estágio;</li> <li>• Reuniões informais com: enfermeiros Chefes e enfermeiras orientadoras;</li> <li>• Reuniões informais com outros elementos da Equipa de Enfermagem e da Equipa Multidisciplinar;</li> <li>• Consulta de Documentos: Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de Registo como os de Alta/Transferência/</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Enfermeiros e restantes elementos da Equipa Multidisciplinar</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Documentos do Serviço (Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de Registo e de Alta/ Transferência/ Encaminhamento para a Comunidade)</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter efetuado visita guiada em ambos os locais de estágio;</li> <li>• Ter realizado reuniões informais com enfermeiros Chefes; EEER orientador e restantes elementos da Equipa de Enfermagem e Equipa Multidisciplinar;</li> <li>• Ter consultado Documentos: Manuais/ Protocolos/ Normas/ Instrumentos de Registo como os de Alta/Transferência/ Encaminhamento para a Comunidade;</li> <li>• Ter compreendido a intervenção e dinâmica das enfermeiras de</li> </ul>

<p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D1</b> - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>		<p>Encaminhamento para a Comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da intervenção das EEER e a sua dinâmica na Equipa Multidisciplinar;</li> <li>• Observação participativa na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença de forma a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer os recursos humanos, físicos e materiais do Serviço, que possam ser mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação através de</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Físicos:</b></p> <p>Serviço de Medicina II do [REDACTED] e UCC do [REDACTED]</p> <p><b>Temporais:</b></p> <p>Ver Cronograma (Apêndice IV)</p>	<p>Reabilitação no seio da Equipa Multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter identificado o papel das EEER na prestação de cuidados a pessoas/famílias que estão a vivenciar processos de doença;</li> <li>• Ter conhecimento dos recursos humanos, físicos e materiais do Serviço para a prestação de cuidados de enfermagem gerais e de reabilitação;</li> <li>• Saber identificar os procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa e família.</li> </ul>
---	--	---	---	---



		<p>procedimentos de acolhimento/colheita de dados e de preparação para a alta/reintegração na comunidade da pessoa e família.</p>		<p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram úteis para a minha integração na Equipa Multidisciplinar, na dinâmica de funcionamento, organização e atividades;</li> <li>• Reflete nas atividades diárias e na sua importância para atingir o objetivo;</li> <li>• Presta cuidados de enfermagem e de reabilitação em articulação com os vários elementos da Equipa Multidisciplinar.</li> </ul>
--	--	---	--	---

<b>Domínios e Competências</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores e Critérios de Avaliação</b>
<p><b>B – Melhoria da Qualidade</b> B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b> J1.1 – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p>	<p><b>2 – Analisar o impacto do AVC no autocuidado do doente.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista a doentes com AVC e respetivos familiares;</li> <li>• Reflexão de casos clínicos encontrados;</li> <li>• Utilização de instrumentos de medida (MIF, MAF, escala de Lower, escala de Ashworth modificada, escala de Morse);</li> <li>• Prestação de cuidados de Enfermagem;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b> EEER</p> <p><b>Materiais:</b> Instrumentos de medida; Documentos provenientes da pesquisa bibliográfica.</p> <p><b>Físicos:</b> Serviço de Medicina II do [REDACTED] e UCC do [REDACTED]; Biblioteca e domicílio pessoal.</p> <p><b>Temporais:</b> Ver Cronograma (Apêndice IV)</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado pelo menos uma entrevista a doentes com AVC e respetivos familiares;</li> <li>• Ter refletido sobre os casos clínicos encontrados;</li> <li>• Ter aplicado os instrumentos de medida;</li> <li>• Ter realizado pesquisa bibliográfica.</li> </ul> <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter refletido, tendo por base as entrevistas realizadas, os instrumentos de medida utilizados e as pesquisas bibliográficas efetuadas.</li> </ul>

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>B – Melhoria da Qualidade</b></p> <p><b>B1</b> – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p><b>B2</b> – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D2</b> – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p><b>3</b> – Aprofundar os conhecimentos de enfermagem de reabilitação na área dos cuidados à pessoa com patologia do foro sensório-motor com vista à promoção de independência e autonomia no autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das necessidades formativas pessoais;</li> <li>• Identificação das necessidades formativas da equipa;</li> <li>• Consulta de bibliografia pertinente: livros, artigos científicos, etc;</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica nas bases de dados;</li> <li>• Rentabilização das oportunidades de aprendizagem;</li> <li>• Partilha de saberes e experiências com o</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor orientador, EEER orientador e restante equipa multidisciplinar.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Pesquisa bibliográfica;</p> <p>Experiência da EEER orientadora.</p> <p><b>Físicos:</b></p> <p>Serviço de Medicina II do [REDACTED]; UCC do [REDACTED];</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter identificado necessidades formativas pessoais e da equipa;</li> <li>• Ter efetuado pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Ter rentabilizado as oportunidades de aprendizagem;</li> <li>• Ter partilhado saberes e experiências com o professor orientador, com a EEER orientadora, assim como com os vários elementos da equipa multidisciplinar.</li> </ul>

		<p>professor orientador, com a EEER orientadora, assim como com os vários elementos da equipa multidisciplinar.</p>	<p>Biblioteca e domicílio pessoal.</p> <p><b>Temporais:</b> Ver Cronograma (Apêndice IV)</p>	<p><b>CrITÉrios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram úteis para atingir o objetivo;</li> <li>• Assume responsabilidade de autoformação e estimula a equipa multidisciplinar para a aprendizagem;</li> <li>• De que modo demonstra conhecimentos teóricos em enfermagem de reabilitação, na área de cuidado à pessoa com AVC e sua família, para promoção do autocuidado.</li> </ul>
--	--	---	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>B – Melhoria da Qualidade</b></p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D1</b> – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D2</b> – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p><b>J1.1</b> – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p>	<p><b>4</b> – Identificar quais as intervenções de enfermagem de reabilitação perante o doente com AVC com o intuito da promoção do autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica, incluindo a <i>scoping review</i>;</li> <li>• Reuniões informais com EEER;</li> <li>• Observação participativa nos cuidados de enfermagem ao doente com AVC;</li> <li>• Observação e reflexão sobre os casos clínicos encontrados.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>EEER</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Documentos provenientes da pesquisa bibliográfica.</p> <p><b>Físicos:</b></p> <p>Serviço de Medicina II do [REDACTED] e UCC do [REDACTED];</p> <p>Biblioteca e domicílio pessoal.</p> <p><b>Temporais:</b></p> <p>Ver Cronograma (Apêndice IV)</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter identificado as intervenções de enfermagem de reabilitação promotoras do autocuidado no doente com AVC;</li> <li>• Ter realizado pesquisa bibliográfica e <i>scoping review</i>.</li> </ul> <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter refletido, tendo por base as pesquisas bibliográficas efetuadas e os casos clínicos observados e discutidos com as EEER.</li> </ul>

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b></p> <p><b>B2</b> – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p>	<p><b>5</b> – Elaborar, implementar e avaliar os planos de reabilitação, aplicados ao doente e família com alterações do foro sensório-motor e /ou neurológico, nomeadamente com AVC, tendo em vista a promoção do autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação do défice de autocuidado;</li> <li>• Avaliação da capacidade de autocuidado do doente;</li> <li>• Identificação dos requisitos de autocuidado alterados, com enfoque nos de desvio de saúde;</li> <li>• Estabelecimento de um plano de reabilitação;</li> <li>• Monitorização e avaliação dos resultados das intervenções efetuadas;</li> <li>• Avaliação dos défices de autocuidado e comparação com a avaliação inicial;</li> <li>• Reformulação do plano de cuidados tendo em consideração os resultados</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor Orientador;</p> <p>EEER orientador e restante equipa multidisciplinar;</p> <p>Doente e família.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Processo clínico;</p> <p>Instrumentos de medida;</p> <p>Matéria lecionada em ER II e</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter identificado o défice de autocuidado, a capacidade de autocuidado e os requisitos de autocuidado alterados;</li> <li>• Ter realizado um plano de cuidados de reabilitação;</li> <li>• Ter monitorizado a implementação e os resultados dos planos estabelecidos;</li> <li>• Ter reformulado os planos de reabilitação com o propósito de promover o autocuidado;</li> </ul>

<p><b>D1</b> – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D2</b> – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p><b>J1.1</b> – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p><b>J1.2</b> – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p>		<p>esperados e sempre que se justifique;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de registos de EEER.</li> </ul>	<p>pesquisas bibliográficas.</p> <p><b>Físicos:</b> Serviço de Medicina II do [REDACTED] e UCC do [REDACTED];</p> <p>Biblioteca e domicílio pessoal.</p> <p><b>Temporais:</b> Ver Cronograma (Apêndice IV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado registos de EEER adequados;</li> <li>• Ter realizado pesquisa bibliográfica e <i>scoping review</i>.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram úteis para atingir o objetivo;</li> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Reflete nas atividades diárias e na sua</li> </ul>
--	--	--	--	---

<p><b>J1.3</b> – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p><b>J1.4</b> – Avalia os resultados das intervenções implementadas.</p> <p><b>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b></p> <p><b>J3.1</b> – Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório.</p> <p><b>J3.2</b> – Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.</p>				<p>importância para atingir o objetivo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assume responsabilidade na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade.</li> </ul>
---	--	--	--	--



Domínios e Competências	Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b></p> <p><b>B2</b> – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>C – Domínio da gestão dos cuidados</b></p>	<p><b>6</b> – Prestar cuidados de enfermagem de reabilitação, globais e específicos, à pessoa com patologia sensório-motor e/ou neurológico, nomeadamente com AVC, e suas famílias tendo em vista a promoção do autocuidado, utilizando o</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação neurológica: Estado mental (consciência, orientação, atenção, memória, linguagem); 12 Pares Cranianos (funções e respetiva avaliação); Tónus muscular, força muscular, coordenação motora e equilíbrio; Sensibilidade superficial e profunda;</li> <li>• Avaliação da pessoa com recurso aos instrumentos e escalas de avaliação (Ex: MIF, escala de Ashworth modificada, escala de Lower, pares cranianos);</li> <li>• Realização de intervenções de EEER tendo em consideração a Teoria dos Sistemas de Orem,</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>EEER orientador e restante equipa multidisciplinar;</p> <p>Doente e família.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Processo clínico;</p> <p>Instrumentos de medida;</p> <p>Matéria lecionada em ER II e</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter implementado as intervenções planeadas com o objetivo de promover o autocuidado;</li> <li>• Ter realizado as intervenções de EEER tendo em consideração a Teoria dos Sistemas de Orem;</li> <li>• Ter demonstrado conhecimento científico sobre a avaliação e intervenção na pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico;</li> </ul>

<p><b>C1</b> – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p><b>C2</b> – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D1</b> – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D2</b> – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p>	<p>processo de enfermagem enquanto metodologia de trabalho.</p>	<p>avaliando em qual a pessoa se situa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização dos métodos de ajuda propostos por Orem para ensinar, instruir e treinar sobre técnicas a utilizar para maximizar todo o potencial da pessoa, tendo em conta os seus objetivos individuais, de modo a que esta e a sua família consigam realizar intervenções adequadas às suas necessidades e nos diferentes contextos, internamento, domicílio e comunidade;</li> <li>• Seleção e ensino sobre a utilização de produtos de apoio/dispositivos de compensação adaptados às limitações e necessidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico, bem</li> </ul>	<p>pesquisas bibliográficas.</p> <p><b>Físicos:</b> Serviço de Medicina II do [REDACTED] e UCC do [REDACTED];</p> <p>Biblioteca e domicílio pessoal.</p> <p><b>Temporais:</b> Ver Cronograma (Apêndice IV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado registos de EEER adequados;</li> <li>• Ter realizado pesquisa bibliográfica e <i>scoping review</i>;</li> <li>• Ter realizado registos de EEER adequados.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram úteis para atingir o objetivo;</li> <li>• De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação;</li> <li>• Reflete sobre o modo como as atividades planeadas e</li> </ul>
--	---	--	--	--

<p><b>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</b></p> <p><b>J1.1</b> – Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</p> <p><b>J1.2</b> – Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p><b>J1.3</b> – Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo,</p>		<p>como às suas condições habitacionais e contextos de vida social e profissional, com vista à promoção da sua independência e autocuidado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceção e implementação de planos de intervenção/treino de AVD com vista a uma reeducação funcional, à satisfação das necessidades de autocuidado, à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à maximização da sua autonomia e qualidade de vida;</li> <li>• Realização de intervenções de reabilitação motora promovendo o posicionamento em padrão antispástico, a estimulação sensorial, implementar programas de mobilizações e de atividades terapêuticas;</li> </ul>		<p>desenvolvidas foram fundamentais para prestar cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família, que lhes conferem alterações nas suas necessidades de autocuidado, tendo em vista a promoção do sue autocuidados, restauração da função e maximização da sua capacidade funcional o mais precocemente possível;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflete nas atividades/estratégias e na sua importância para atingir o objetivo;</li> </ul>
---	--	--	--	---

<p>cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.</p> <p><b>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p> <p><b>J2.1</b> – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p><b>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</b></p> <p><b>J3.1</b> – Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de estratégias de resolução de problemas desenvolvidos em parceria com a pessoa e sua família;</li> <li>• Realização de registos de EEER.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assume responsabilidade na implementação de programas de reabilitação que promovam o autocuidado e maximizem a funcionalidade, desenvolvendo todas as capacidades e potencialidades da pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico e sua família;</li> <li>• Desenvolve perícia na execução das intervenções de enfermagem de reabilitação.</li> </ul>
--	--	--	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>A – Responsabilidade Profissional, Ética e Legal</b></p> <p><b>A1</b> – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</p> <p><b>A2</b> – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p> <p><b>B – Melhoria da Qualidade</b></p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>C – Domínio da gestão dos cuidados</b></p> <p><b>C1</b> – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus</p>	<p><b>7</b> – Capacitar a pessoa com patologia do foro sensório-motor/neurológico, nomeadamente com AVC, e a sua família, para o autocuidado em contexto domiciliário, maximizando a utilização dos seus recursos pessoais, familiares e sociais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista a pessoa/ família individualmente e/ou em conjunto para identificar as suas necessidades, preocupações e receios;</li> <li>• Articulação com a assistente social para a avaliação dos recursos pessoais, familiares e socioeconómicos existentes em cada situação específica;</li> <li>• Identificação junto da pessoa/família as necessidades/barreiras arquitetónicas no domicílio, orientando para uma possível eliminação das mesmas;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>EEER orientador e restante equipa multidisciplinar;</p> <p>Doente e família;</p> <p>Recursos da comunidade.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Pesquisa bibliográfica.</p> <p>Experiência da EEER orientadora.</p> <p><b>Físicos:</b></p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter realizado pelo menos uma entrevista à pessoa/família individualmente e/ou em conjunto para identificar as suas necessidades, preocupações e receios;</li> <li>• Ter articulado com a assistente social na avaliação dos recursos pessoais, familiares e socioeconómicos existentes, em pelo menos uma situação;</li> <li>• Ter identificado junto da pessoa/família as necessidades/barreiras arquitetónicas no domicílio,</li> </ul>

<p>colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p><b>D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D1</b> – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D2</b> – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</p> <p><b>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</b></p> <p><b>J2.1</b> – Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procura na comunidade dos recursos disponíveis, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família;</li> <li>• Conceção e implementação de programas de treino de AVD tendo em conta as barreiras arquitetónicas que possam existir/surgir, visando a adaptação da pessoa/família às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade;</li> <li>• Articulação com os recursos da comunidade de modo a promover a continuidade de cuidados.</li> </ul>	<p>UCC do [REDACTED];</p> <p>Biblioteca e domicílio pessoal.</p> <p><b>Temporais:</b> Ver Cronograma (Apêndice IV)</p>	<p>orientando para uma possível eliminação das mesmas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter procurado na comunidade os recursos disponíveis, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social da pessoa/família;</li> <li>• Ter concebido e implementado programas de treino de AVD tendo em conta as barreiras arquitetónicas que possam existir/surgir, visando a adaptação da pessoa/família às mesmas, bem como às suas limitações da mobilidade;</li> <li>• Ter articulado com os recursos da comunidade de</li> </ul>
--	--	--	--	--

<p>limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p><b>J2.2</b> – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>				<p>modo a promover a continuidade de cuidados.</p> <p><b>CrITÉrios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que modo as atividades planeadas foram úteis para atingir o objetivo;</li> <li>• Reflete sobre o modo como as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para capacitar a pessoa e sua família para o autocuidado e para a reintegração comunitária, maximizando a utilização dos recursos pessoais, familiares e sociais.</li> </ul>
---	--	--	--	---

Domínios e Competências	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e Critérios de Avaliação
<p><b>B – Melhoria da Qualidade</b></p> <p><b>B1</b> – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p><b>B2</b> – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p><b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p> <p><b>D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b></p> <p><b>D1</b> – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>	<p><b>8</b> – Elaborar o Relatório Final do Projeto de Formação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo, análise e reflexão dos momentos de aprendizagem, experiências vividas, intervenções desenvolvidas, dificuldades sentidas, durante o estágio, através de jornais de aprendizagem (pelo menos 3), estudos de caso (pelo menos 1) e processos de enfermagem para cada doente;</li> <li>• Identificação dos aspetos positivos/negativos e de que forma contribuíram para o meu processo de aprendizagem, bem como para a aquisição de competências nesta área;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>Professor Orientador;</p> <p>EEER e restante equipa multidisciplinar;</p> <p>Doente e família.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Reflexões das experiências vivenciadas em Ensino Clínico;</p> <p>Matéria lecionada em ER II e pesquisas bibliográficas.</p>	<p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora o relatório no qual aborda quais as competências desenvolvidas no decorrer do Ensino Clínico, recorrendo a uma análise crítica do percurso realizado;</li> <li>• Descrição das atividades desenvolvidas durante o Ensino Clínico;</li> <li>• Definição da área do projeto de formação;</li> <li>• Enquadramento teórico relativo á área de estudo;</li> <li>• Descrição das competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito</li> </ul>



<p><b>D2</b> – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeamento e realização de pelo menos 1 reunião semanal com o EEER orientador e 2 reuniões por local de estágio com o docente orientador.</li> </ul>	<p><b>Físicos:</b> Serviço de Medicina II do [REDACTED] e UCC do [REDACTED]; Biblioteca e domicílio pessoal.</p> <p><b>Temporais:</b> Ver Cronograma (Apêndice IV)</p>	<p>da reabilitação da pessoa com Hemiplegia e sua família na Reintegração Comunitária;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer uma análise de todo o processo de formação</li> <li>• Avalia o percurso de acordo com os critérios estabelecidos no projeto.</li> </ul> <p><b>Crítérios de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra, no decurso do ensino clínico e na elaboração do relatório, como aplica e mobiliza na prática os conhecimentos adquiridos na teoria, evidenciando as competências desenvolvidas, fazendo uma reflexão crítica de todo o percurso;</li> </ul>
---	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fundamenta os cuidados prestados, através: dos registos dos ensinios efetuados e a evolução observada; descrição do grau de envolvimento e as competências adquiridas pela pessoa com AVC e família;</li> <li>• Justifica as opções, prioridades e planeamento dos cuidados definidos.</li> </ul>
--	--	--	--	--

#### **Apêndice IV – Cronograma do Ensino Clínico**

## CRONOGRAMA

Datas / Atividades	2016													2017									
	set	out					nov				dez				jan					fev			
	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19		3	9	16	23	30	6	13	20	27
	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16		2	6	13	20	27	3	10	17	24	3
Objetivo 1													Férias Natal										
Objetivo 2																							
Objetivo 3																							
Objetivo 4																							
Objetivo 5																							
Objetivo 6																							
Objetivo 7																							
Objetivo 8																							

### Legenda:

	- Unidade de	- Serviço de Medicina II
	UCC - ECCI	
	Elaboração do Relatório	

Apêndice II – Entrevistas a doentes com AVC e respetivos familiares  
cuidadores



### **Entrevista realizada no hospital**

Como aconteceu este seu problema de saúde?

O que sente depois de ter esta situação de doença?

Após o AVC, quais foram os momentos mais fáceis e os mais difíceis?

O que sente sobre os cuidados que lhe são aqui prestados?

Como descreve a sua relação com os Profissionais de Saúde durante o internamento?

O que espera dos Profissionais de Saúde durante o internamento?

Sente-se preparado para voltar para casa? Porquê?

O que o preocupa em relação à sua situação de saúde?

O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?

Que recursos tem disponíveis para o ajudar no seu dia-a-dia?

O que o AVC alterou na sua vida familiar?

A sua vida social modificou-se? Em quê?

Em termos profissionais o que mudou?

O que significa esta situação de saúde para si?

### **Cuidador familiar:**

O que se alterou na sua vida familiar, profissional e social?

Sente-se preparada para cuidar do seu familiar no pós-alta?

O que significa esta situação de saúde para si?

O que espera, ou do que sente falta, dos Profissionais de Saúde durante o internamento?

O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?





### **História de doença atual**

O Sr.º A tem 67 anos, é reformado, casado e não tem filhos.

Encontra-se internado com o diagnóstico de AVC isquémico. Apresenta como antecedentes pessoais HTA, dislipidémia, HBP e é ex-fumador.

### **Entrevista**

#### **Entrevista com doente**

#### **Como aconteceu este seu problema de saúde?**

*Estava em casa a ver televisão e comecei a sentir dificuldade a falar e doía-me muito a cabeça e a minha esposa veio comigo à Urgência.*

#### **O que sente depois de ter esta situação de doença?**

*Sinto-me muito preocupado, foi do nada, tenho medo que volte a acontecer e que seja pior.*

#### **Após o AVC, quais foram os momentos mais fáceis e os mais difíceis?**

*Não houve momentos fáceis, têm sido todos difíceis, eu não lido bem com isto.*

#### **O que sente sobre os cuidados que lhe são aqui prestados?**

*Sinto que ninguém se preocupa comigo, deviam preocupar-se com o descanso dos doentes e nem isso, passam a noite a fazer barulho. Ninguém se preocupa se melhoramos ou não, nem médicos, nem enfermeiros.*

#### **Como descreve a sua relação com os Profissionais de Saúde durante o internamento?**

*Não tem sido boa, esta gente ninguém lhes apetece trabalhar, estão sempre mal dispostos, nesta terra é assim. Eu estive emigrado 40 anos, só me arrependo de ter voltado.*

**O que espera dos Profissionais de Saúde durante o internamento?**

*Esperava que me tratassem bem e que se preocupassem com a minha recuperação, mas já percebi que ninguém quer saber!*

**Sente-se preparado para voltar para casa? Porquê?**

*Sinto, quanto mais depressa for para casa melhor, não estou aqui a fazer nada. Só a senhora é que se preocupa comigo e faz exercícios para eu ficar bem, mas também não está cá todos os dias.*

**O que o preocupa em relação à sua situação de saúde?**

*Preocupa-me se vou ficar sempre com esta dificuldade em falar e com a boca ao lado, mas a senhora já me ensinou os exercícios, eu depois faço-os em casa.*

**O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?**

*Penso que tenho que fazer alguma coisa para ficar bem, vou esforçar-me o máximo com os exercícios que me ensinou.*

**Que recursos tem disponíveis para o ajudar no seu dia-a-dia?**

*A minha esposa ajuda-me no que for preciso.*

**O que o AVC alterou na sua vida familiar?**

*Nada.*

**A sua vida social modificou-se? Em quê?**

*Não, já não gostava muito de estar com outras pessoas, gosto de estar só com a minha esposa. É como lhe disse, cá nesta terra as pessoas não prestam.*

**Em termos profissionais o que mudou?**

*Eu sou reformado, por isso não mudou nada.*

**O que significa esta situação de saúde para si?**

*Significa uma “pilha de nervos”, porque eu não mereço isto, não sei porque me foi acontecer.*

## **Entrevista com o cuidador familiar**

**O que se alterou na sua vida familiar, profissional e social?**

*Penso que não veio alterar nada.*

**Sente-se preparada para cuidar do seu familiar no pós-alta?**

*Sei que não vai ser fácil, ele é uma pessoa muito nervosa.*

**O que significa esta situação de saúde para si?**

*Fomos apanhados de surpresa, até porque vamos regularmente ao médico de família e fazemos os exames todos e estava sempre tudo bem, isto faz-me pensar que temos que ter muito cuidado e vigiar a nossa saúde ainda mais.*

**O que espera, ou do que sente falta, dos Profissionais de Saúde durante o internamento?**

*Os profissionais são muito bons, fazem o trabalho deles o melhor que sabem e podem.*

**O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?**

*Espero que ele fique bem rápido, porque como lhe disse ele é uma pessoa muito nervosa, não consegue ter calma e perceber que ninguém tem culpa. A maior dificuldade vai ser o dia-a-dia sozinha com ele, porque ele vai querer sempre mais, recuperar sempre mais e mais depressa!*



### **História de doença atual**

O Sr.º L tem 80 anos, é reformado, casado e tem uma filha que vive próximo da sua residência.

Encontra-se internado com o diagnóstico de AVC isquêmico lenticular direito. Apresenta como antecedentes pessoais HTA, Hepatite C, alcoolismo, arritmia cardíaca, prótese total da anca direita e gastrectomia sub-total em 1998 por adenocarcinoma gástrico.

### **Entrevista**

#### **Entrevista com doente**

#### **Como aconteceu este seu problema de saúde?**

*Estava em casa da minha filha e comecei a perder a força e ela trouxe-me logo ao Hospital.*

#### **O que sente depois de ter esta situação de doença?**

*Foi um valente susto, mas agora já me sinto com mais força. Estou a recuperar, não sei se vou conseguir ficar como estava. Eu ainda andava de bicicleta.*

#### **Após o AVC, quais foram os momentos mais fáceis e os mais difíceis?**

*O mais difícil foi quando percebi que não me conseguia mexer, nem para ir à casa de banho, tive que fazer numa fralda. O momento mais fácil, é agora, perceber que já melhorei um bocado, já consigo andar.*

#### **O que sente sobre os cuidados que lhe são aqui prestados?**

*Os cuidados aqui são bons, somos bem tratados.*

#### **Como descreve a sua relação com os Profissionais de Saúde durante o internamento?**

*Ainda não tive problemas com ninguém.*

**O que espera dos Profissionais de Saúde durante o internamento?**

*Espero que me tratem bem e que me ponham bom.*

**Sente-se preparado para voltar para casa? Porquê?**

*Sinto, mas acho que não vou já para casa, a minha filha disse-me que vou para a recuperação.*

**O que o preocupa em relação à sua situação de saúde?**

*Preocupa-me se não conseguir fazer as coisas que fazia, brincar com a minha neta e tratar lá da minha horta.*

**O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?**

*Agora vai-me custar um bocado, ainda vou estar algum tempo sem ir a casa. Mas espero que seja para bem, que depois já vá bom quando for para casa.*

**Que recursos tem disponíveis para o ajudar no seu dia-a-dia?**

*Tenho a minha mulher, ela é mais nova, ainda está boa, consegue fazer tudo. Ela é que cuida da neta e faz o jantar para todos.*

**O que o AVC alterou na sua vida familiar?**

*Não alterou nada.*

**A sua vida social modificou-se? Em quê?**

*Se não conseguir andar de bicicleta, não posso ir ao café.*

**Em termos profissionais o que mudou?**

*Eu sou reformado, por isso não mudou nada.*

**O que significa esta situação de saúde para si?**

*É uma chatice, uma pessoa querer andar e fazer as coisas e não conseguir é muito difícil.*

## **Entrevista com o cuidador familiar**

### **O que se alterou na sua vida familiar, profissional e social?**

*Só alterou na vida familiar, estava habituada a tê-lo comigo e agora sinto a falta dele, ele tem que ir lá para os cuidados continuados.*

### **Sente-se preparada para cuidar do seu familiar no pós-alta?**

*Tenho medo de não conseguir, mas também tenho a minha filha para me ajudar.*

### **O que significa esta situação de saúde para si?**

*Significa que agora tenho que atear mais com ele para ir mais vezes ao médico e fazer exames, ele nunca quer ir!*

### **O que espera, ou do que sente falta, dos Profissionais de Saúde durante o internamento?**

*Às vezes sinto que nos podiam explicar melhor as coisas. Só nos dizem alguma coisa se perguntarmos.*

### **O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?**

*Olhe espero que ele fique bom, mas para mim até era um descanso se ele não conseguisse ir para o café. Sabe, é que ele bebe muito. O difícil, depois quando ele vier para casa, vai ser ele aguentar-se sempre em casa.*





### **História de doença atual**

O Sr.º V tem 64 anos, é operário fabril, divorciado, tem uma filha do anterior relacionamento, que vive a 100km da sua residência habitual. Atualmente o Sr.º V vive com uma companheira. Esta senhora tem 59 anos, é divorciada, doméstica e tem uma filha de uma relação anterior, que se encontra a viver na Holanda.

O Sr.º V encontra-se internado com o diagnóstico de AVC isquémico do hemisfério cerebeloso à esquerda. Apresenta como antecedentes pessoais HTA, dislipidémia, AVC isquémico em 2012, sem sequelas e Enfarte Agudo do Miocárdio em 2014.

### **Entrevista**

#### **Entrevista com doente**

#### **Como aconteceu este seu problema de saúde?**

*Estava a trabalhar e comecei a sentir tonturas, parei a minha atividade e fui ao refeitório beber um copo de água com açúcar, como não me senti melhor fui avisar o patrão que não me sentia bem para trabalhar e que ia para casa. Durante a viagem para casa, a conduzir, senti-me ainda pior. Parei o carro, liguei os 4 piscas e tentei sair para me sentar à sombra de uma árvore, mas quando o tentei fazer caí e comecei a vomitar. Depois queria tentar chegar ao telemóvel que estava no carro para telefonar para o 112 mas não conseguia. A minha sorte foi ter passado um senhor que me perguntou se precisava de ajuda, e foi ele que ligou para o 112.*

#### **O que sente depois de ter esta situação de doença?**

*Sinto-me bem, sei que vai tudo ficar bem, já da outra vez ficou.*

**Após o AVC, quais foram os momentos mais fáceis e os mais difíceis?**

*O momento mais difícil foi mesmo quando isto aconteceu, porque não sabia o que se estava a passar comigo. O mais fácil foi quando percebi, já no Hospital, que só tinha um pequeno desequilíbrio, o que me tranquilizou.*

**O que sente sobre os cuidados que lhe são aqui prestados?**

*Os cuidados que aqui me são prestados são excelentes, lá em baixo (no Serviço de Urgência) é que eram maus, quase nem olhavam para mim, até mesmo quando chamava, nunca vinha ninguém.*

**Como descreve a sua relação com os Profissionais de Saúde durante o internamento?**

*É boa, eles tratam-me bem, e eu também os trato bem.*

**O que espera dos Profissionais de Saúde durante o internamento?**

*Só espero que façam o trabalho deles e que sejam cordiais comigo.*

**Sente-se preparado para voltar para casa? Porquê?**

*Sinto, já queria era ir hoje, isto agora melhora, na minha casa é que estou bem!*

**O que o preocupa em relação à sua situação de saúde?**

*Só me está a preocupar que ainda me desequilibro um bocado. E depois para vir a conduzir para a fisioterapia não sei se consigo e a minha companheira vai para o Holanda, estou sozinho em casa, não tenho ninguém para me vir trazer.*

**O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?**

*O futuro vai correr bem, tudo normalmente, agora quando for para casa no início é mais complicado porque não tenho lá ninguém para me ajudar, ela vai para a Holanda, tenho que conseguir fazer tudo sozinho.*

**Que recursos tem disponíveis para o ajudar no seu dia-a-dia?**

*Nenhuns, não tenho lá ninguém, nem vizinhos por perto.*

**O que o AVC alterou na sua vida familiar?**

*Vamos ver. Acho que não alterou nada. Mas como ela agora se vai embora.*

**A sua vida social modificou-se? Em quê?**

*Agora no início se calhar não consigo fazer tudo como fazia, também tenho que descansar mais, mas depois aos poucos lá ficará igual. Tenho que continuar a ir aos bailes e ao café com os amigos.*

**Em termos profissionais o que mudou?**

*Eu quero voltar ao meu posto de trabalho e é isso que estou a pensar fazer assim que puder, ainda sou novo, não me quero reformar.*

**O que significa esta situação de saúde para si?**

*Olhe aprendi mais um bocadinho, e percebi que tenho que ter mais cuidado.*

**Entrevista com o cuidador familiar**

**O que se alterou na sua vida familiar, profissional e social?**

*Penso que não veio alterar nada.*

**Sente-se preparada para cuidar do seu familiar no pós-alta?**

*Sim, ele está bem, eu não vou ter que cuidar dele, ele consegue fazer tudo, só se desequilibra um bocado.*

**O que significa esta situação de saúde para si?**

*Significa que ele tem que ter muito cuidado, já não é a primeira vez, qualquer dia fica aí numa cama.*

**O que espera, ou do que sente falta, dos Profissionais de Saúde durante o internamento?**

*Não tenho nada a dizer, acho que são todos muito bons profissionais.*

**O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?**

*Não vai haver alterações, até porque ele vai ficar bem, foi uma coisa fraca, foi a sorte dele.*



### **Entrevista realizada na UCC**

Como aconteceu este seu problema de saúde?

O que sente depois de ter esta situação de doença?

Após o AVC, quais foram os momentos mais fáceis e os mais difíceis?

O que sente sobre os cuidados que lhe são prestados pela UCC?

Como descreve a sua relação com os Profissionais de Saúde da UCC?

O que espera dos Profissionais de Saúde da UCC?

O que o preocupa em relação à sua situação de saúde?

O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?

Que recursos tem disponíveis para o ajudar no seu dia-a-dia?

O que o AVC alterou na sua vida familiar?

A sua vida social modificou-se? Em quê?

Em termos profissionais o que mudou?

O que significa esta situação de saúde para si?

### **Cuidador familiar:**

O que se alterou na sua vida familiar, profissional e social?

Que dificuldades sente ao cuidar do seu familiar?

O que significa esta situação de saúde para si?

O que espera, ou do que sente falta, dos Profissionais de Saúde da UCC?

O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?



## **Entrevista**

Impossibilidade de proceder a entrevista com o doente de AVC por apresentar processo demencial.

## **Cuidador familiar**

**O que se alterou na sua vida familiar, profissional e social?**

*Alterou tudo, deixei o meu trabalho e a minha vida em Africa do Sul.*

**Que dificuldades sente ao cuidar do seu familiar?**

*A maior dificuldade é não ter nenhuma ajuda, sou sozinha! É muito difícil quando ela não quer fazer o que lhe peço, sobretudo porque acaba por me tratar mal.*

**O que significa esta situação de saúde para si?**

*Inicialmente custou-me muito ver a minha mãe assim. A minha mãe era uma pessoa muito ativa, não estava preparada para que isto acontecesse.*

**O que espera, ou do que sente falta, dos Profissionais de Saúde da UCC?**

*Eu gosto muito dos profissionais, só queria que me arranjassem uma cadeira de rodas, e já a aqui tenho.*

**O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?**

*Preocupa-me pensar o que irá ser a minha vida! Não tenho dinheiro, nem trabalho, com a minha idade vai ser difícil arranjar, agora não posso, mas quando a minha mãe falecer.*





### Apêndice III – Documento para avaliação neurológica



### *Estado Mental*

- Consciência – Vigília, Letargia ou sonolência, estado confusional, obnubilação, estupor ou torpor, coma.
- Orientação – Auto e alopsíquica.
- Atenção – Vigilância, tenacidade e concentração.
- Memória – Sensorial, imediata, recente, remota.
- Capacidades práticas
- Neglect
- Linguagem

### *Pares Cranianos*

#### **I – Olfativo**

- Anósmia?

#### **II – Ótico**

- Campos visuais – pedir para seguir o dedo (normal: externamente 60º, linha nasal 40º)
- Amaurose/hemianopsia?

#### **III – Motor ocular comum /IV – Patético/VI – Motor ocular externo**

- Movimentos conjugados - desenhar H no espaço e dizer para seguir o dedo
- Resposta pupilar estímulo luminoso (canto externo para interno)
- Nistagmo
- Ptose palpebral, elevação da pálpebra, abaixamento e adução do olho, miose.
- Rotação do olho
- Abdução do olho
- Oculocefálico

#### **V – Trigémio**

- Reflexo córneo-palpebral
- Movimentos de mastigação

- Sensibilidade térmica, tátil e dolorosa
- Pedir para cerrar os dentes
- Tocar na face (oftálmico, maxilar mandibular)

## **VII – Facial**

- Mimica facial;
- Pedir para sorrir, franzir sobrolho – simetria, desvio comissura, apagamento sulco nasogeniano
- Paladar 2/3 anteriores da língua (doce, amargo, salgado)

## **VIII – Auditivo**

- Audição – identificar som (relógio)
- Equilíbrio – estático e dinâmico

## **IX – Glossofaringeo**

- Paladar 1/3 posterior da língua (doce e salgado)

## **X – Pneumogástrico / Vago**

- Reflexo de vômito
- AH! (úvula vira para o lado são)

## **XI – Espinhal**

Aplicar resistência e solicitar contração ombros e cabeça

## **XII – Grande Hipoglosso**

Língua vira para lado oposto à lesão (vira para o hemicorpo afetado)

### *Motricidade*

- Força Muscular

Escala de Lower

5/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência

4/5 – Movimento normal contra gravidade e resistência moderada

3/5 – Movimento normal contra gravidade e não contra resistência.

2/5 – Movimento na base da cama

1/5 – Sem movimento, contração palpável ou visível

0/5 – Sem movimento, sem contração

<b>Segmentos</b>	<b>Movimentos</b>	<b>Hemicorpo direito</b>	<b>Hemicorpo esquerdo</b>
Cabeça e pescoço	Flexão		
	Extensão		
	Flexão lateral		
	Rotação		
Escapulo-umeral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão		
	Extensão		
	Desvio radial		
	Desvio cubital		
	Circundação		
Dedos da mão	<u>Flexão</u>		
	<u>Extensão</u>		
	<u>Adução</u>		
	<u>Abdução</u>		
	<u>Circundação</u>		

	<u>Oponência do polegar</u>		
Coxo femural	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tibiotársica	Flexão plantar		
	Dorsiflexão		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos do pé	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		

- Tónus muscular (Escala de Ashworth Modificada)

Consistência – está aumentada se há espasticidade

Extensibilidade – capacidade de afastar ao máximo os pontos de inserção do músculo

Passividade – grau de resistência ao alongamento

- Coordenação motora (equilíbrio) simetria, ritmo, alternância, rapidez

MS – teste dedo nariz, oponência do polegar, bater palmas, pronação/supinação

MI – calcanhar joelho

### *Sensibilidade (superficial e profunda)*

- Superficial (Tátil, Térmica, Dolorosa)
- Profunda (propriocepção, vibratória, discriminatória)





#### Apêndice IV – Estudos de Caso no Serviço de Medicina



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Reabilitação**  
Estágio

**Estudo de Caso**

**Filipa Andreia Simões dos Santos**

**Lisboa**  
**Outubro, 2016**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Reabilitação**

Estágio

**Estudo de Caso**

**Filipa Andreia Simões dos Santos**

Orientador: Professor Joaquim Paulo Cabral Oliveira

**Lisboa**

**Outubro, 2016**



## **LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

DM – Diabetes Melitus

HTA – Hipertensão Arterial

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

SU – Serviço de Urgência

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	5
1. APRESENTAÇÃO DO SR. D .....	6
1.1. Antecedentes pessoais .....	6
1.2. Medicação no internamento .....	6
2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL .....	6
3. EXAME NEUROLÓGICO (11.10.2016) .....	7
3.1. Estado mental .....	7
3.2. Pares Cranianos .....	8
3.3. Motricidade .....	9
3.4. Sensibilidade (superficial e profunda) .....	10
3.5. Equilíbrio .....	10
3.6. Marcha .....	11
4. AVALIAÇÃO DE ESCALAS .....	11
5. DESVIOS DE SAÚDE .....	11
6. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	12

## APÊNDICES

Apêndice I – Escala de Glasgow

Apêndice II – Escala de Morse

Apêndice III – Escala de Braden

Apêndice IV – Escala de Barthel

Apêndice V – Escala de Berg

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho surge no âmbito do estágio que se encontra a decorrer no Serviço de Medicina II da [REDACTED], do Centro Hospitalar [REDACTED], no sentido de dar resposta ao Projeto de Aprendizagem. Consta num estudo de caso de um doente acometido por AVC isquémico, doente que avaliei e planeei cuidados, o planeamento de cuidados foi realizado em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Em termos de organização, é descrito numa primeira fase a apresentação do Sr. D, seguida da 1ª avaliação neurológica, e por fim o plano de cuidados definido para o doente em função dos principais desvios de saúde encontrados, em termos de enfermagem de reabilitação.

## **1. APRESENTAÇÃO DO SR. D**

O senhor D. tem 81 anos, é viúvo e tem 5 filhos. Independente em todas as atividades de vida diária (AVD), vive sozinho e conta a ajuda do apoio domiciliário para a confeção das refeições. Não foi possível contactar familiares pelo que não consegui confirmar patologias anteriores, datas de diagnósticos, se estavam controlados, assim como a medicação habitual. A informação obtida provém de entrevista com o doente e da informação disponível no processo clínico.

### **1.1. Antecedentes pessoais**

HTA (Hipertensão Arterial)

ICC (insuficiência cardíaca congestiva)

DM tipo II (insulinotratado)

Artrose glenoumeral

Fratura da diáfise da clavícula direita foi realizado tratamento conservador (imobilização com Gerdy)

Gastrectomia parcial por acidente de trabalho com rebarbadora

Nega alergias

### **1.2. Medicação no internamento**

Enoxaparina 40mg – 13h

Captopril 25mg – 8h

Esomeprazol 40mg - 7h

Ciprofloxacina 500mg – 7h e 19h

Insulina de ação intermédia 12u – 9 e 19h

Paracetamol 1000mg – SOS

Insulina de ação curta - SOS

## **2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL**

No dia 30/09/2016, o Senhor D. foi encontrado caído no domicílio, com amnesia para o sucedido, referiu só se lembrar de acordar no chão.

À entrada no Serviço de Urgência (SU) encontrava-se vígil, desorientado auto e alopsiquicamente, conseguindo cumprir ordens simples. Hematoma com



ferida traumática na região supraciliar à esquerda e hematoma no antebraço esquerdo. Com força muscular mantida 5/5 (Escala de Lower) conseguindo mobilizar os quatro membros.

Realiza TAC-CE que não revela alterações.

No dia 2/10, doente encontra-se ainda no SU mas prostrado, mantém desorientação e com aparentes défices motores.

No dia 3/10 repete TAC-CE que revela lesão isquémica aguda da protuberância esquerda. No dia 6/10 é transferido para a Medicina II.

### **3. EXAME NEUROLÓGICO (11.10.2016)**

#### **3.1. Estado mental**

##### **Consciência**

O senhor D. encontra-se num estado de sonolência, mais concretamente, letárgico, com abertura espontânea dos olhos, orientado na resposta verbal e obedece a ordens simples. Apresenta um score de 14 segundo a escala de Glasgow (ANEXO I).

##### **Orientação**

Orientado autopsíquicamente, em termos alopáticos apresenta alguns períodos de confusão quanto ao espaço.

##### **Atenção**

Dispersa a atenção com facilidade, o que pode diminuir a concentração no programa de reabilitação, dificultando o mesmo.

##### **Memória**

Apresenta memória imediata e recente a curto e longo prazo mantidas.

##### **Linguagem**

O senhor D. apresenta um discurso espontâneo com alterações no teste da função da língua, não consegue reproduzir TA TA TA, quando tal é solicitado expressa PA PA PA. Sem alterações na compreensão, nomeação e repetição.

## **Neglect**

Sem alterações

### **3.2. Pares Cranianos**

#### **I – Olfativo**

Sem alterações

#### **II – Ótico**

Sem alterações

#### **III – Motor ocular comum**

Sem alterações, pupilas isocóricas, isosimétricas, isoreativas

#### **IV – Patético**

Sem alterações

#### **V – Trigêmeo**

Sem alterações

#### **VI – Motor ocular externo**

Sem alterações

#### **VII – Facial**

Sem alterações

#### **VIII – Auditivo**

Audição – Sem alterações

Equilíbrio – sem equilíbrio estático, motivo pelo qual não foi testado equilíbrio dinâmico

#### **IX – Glossofaríngeo**

Sem alterações

#### **X – Pneumogástrico / Vago**

Não apresentou reflexo de vômito aquando do toque na região posterior da língua ou na úvula.

#### **XI – Espinhal**

Força muscular de grau 4

#### **XII – Grande Hipoglosso**

Protusão da língua, sem alterações e sem desvio.

### 3.3. Motricidade

#### Força Muscular (Escala de Lower)

Segmentos	Movimentos	Hemicorpo direito	Hemicorpo esquerdo
Cabeça e pescoço	Flexão	3	3
	Extensão	3	3
	Flexão lateral	3	2
	Rotação	4	3
Escapulo-umeral	Flexão	5	2
	Extensão	5	2
	Adução	5	2
	Abdução	5	2
	Rotação interna	4	2
	Rotação externa	4	2
Cotovelo	Flexão	5	3
	Extensão	5	3
Antebraço	Pronação	4	2
	Supinação	4	2
Punho	Flexão	5	2
	Extensão	5	2
	Desvio radial	5	2
	Desvio cubital	5	2
	Circundação	5	2
Dedos da mão	Flexão	5	2
	Extensão	5	2
	Adução	5	2
	Abdução	5	2
	Circundação	4	2
	Oponência do polegar	4	2
Coxo femoral	Flexão	4	1

	Extensão	4	1
	Adução	4	1
	Abdução	4	1
	Rotação interna	4	1
	Rotação externa	4	1
Joelho	Flexão	5	1
	Extensão	5	2
Tibiotársica	Flexão plantar	5	2
	Dorsiflexão	5	2
	Inversão	5	1
	Eversão	5	1
Dedos do pé	Flexão	5	4
	Extensão	5	4
	Adução	4	1
	Abdução	4	1

### **Tónus muscular (Escala de Ashworth Modificada)**

Após avaliação de todos os movimentos em cada segmento conclui que não se verificou nenhum aumento do tónus muscular

### **Coordenação motora**

Consegue fazer a prova Índex-nariz apenas com o membro superior direito, o mesmo acontece com a prova calcanhar joelho, só consegue realizar com o membro inferior direito

### **3.4. Sensibilidade (superficial e profunda)**

Apresenta sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) e profunda (proprioceção, vibratória, discriminatória) mantidas.

### **3.5. Equilíbrio**

Apresenta compromisso do equilíbrio estático sentado.

### **3.6. Marcha**

Não foi possível realizar marcha, uma vez que o doente apresenta compromisso do equilíbrio estático.

## **4. AVALIAÇÃO DE ESCALAS**

- Escala de Morse (Apêndice II) – Alto risco de queda
- Escala de Braden (Apêndice III) – Baixo risco de úlcera de pressão
- Escala de Barthel (Apêndice IV) – Grau de dependência grave (índice de 30)
- Escala de Berg (Apêndice V) – Mau equilíbrio; 100% de risco de queda

## **5. DESVIOS DE SAÚDE**

- Autocuidados: higiene, comer e beber, eliminação, posicionar-se, vestir e despir
- Equilíbrio corporal
- Comunicação (alteração ao nível da língua, não consegue reproduzir ta ta ta, disartria)
- Letargia e compromisso da atenção
- Alto risco de queda

## 6. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Focos	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Autocuidado higiene dependente em grau elevado	Promover o autocuidado; Prevenir o declínio Funcional.	<p><u>Iniciadas a 11.10.2016</u></p> <p>Incentivar o Srº. D. a higienizar-se;</p> <p>Instruir o Srº. D. a realizar a higiene com o membro não afetado;</p> <p>Executar técnica de banho em cadeira sanitária;</p> <p>Disponibilizar o tempo necessário para a o Srº. D. se higienizar, de modo que não se sinta pressionado.</p> <p>Incentivar a realizar a higiene oral, usando o membro menos afetado.</p>	<p>11.10.2016 – O Srº. D. encontra-se pouco recetivo à tentativa de se higienizar, foi estimulado e incentivado a fazer o que consegue com o membro menos afetado, lavou a cara.</p> <p>12.10.2016 – Facultada a esponja o Srº. D. lavou a cara mesmo sem lhe ser referido para o fazer, foi estimulado a lavar os genitais. Realizou higiene oral com o membro menos afetado.</p> <p>16.10.2016 – O Srº. D. encontra-se desanimado foi necessário estimular para que lavasse a cara, não consegui que realizasse higiene oral.</p>

Autocuidado comer e beber dependente em grau moderado	Promover o autocuidado; Conferir independência no autocuidado; Prevenir o declínio Funcional.	<u>Iniciadas a 11.10.2016</u>  Incentivar à alimentação com a mão menos afetada; Providenciar dispositivos de compensação (colocar ligadura no cabo dos talheres para facilitar a preensão, antiderrapante debaixo do prato).	11.10.2016 – Foi incentivado a alimentar-se pela própria mão, apresenta renitência.  12.10.2016 – Foi preparado o tabuleiro e respetiva disposição, foi facultada a colher com ligadura no cabo para facilitar a preensão, doente alimentou-se sem limitações.  16.10.2016 – Doente muito renitente a alimentar-se, alega não ter apetite, o que se sucedeu ao pequeno-almoço e ao almoço, contudo acabou por se alimentar com a sua própria mão.
Autocuidado eliminação dependente em grau elevado	Promover o autocuidado; Conferir independência no autocuidado; Promover a continência.	<u>Iniciadas a 11.10.2016</u>  <u>Eliminação vesical:</u> Conhecer os hábitos, de eliminação vesical, anteriores ao AVC; Incentivar uso de urinol;	11.10.2016 – O Srº. D. referiu que anteriormente ao internamento controlava ambos os esfíncteres, foi incentivado a solicitar arrastadeira e urinol ou ida ao W.C. quando tivesse necessidade.

		<p>Providenciar urinol atempadamente;</p> <p>Elaborar e implementar plano de ingestão hídrica;</p> <p>Restringir a ingestão hídrica a partir das 19h;</p> <p>Vigiar características da eliminação urinária;</p> <p>Monitorizar eliminação urinária.</p> <p>Incentivar com reforço positivo sempre que a micção ocorra no urinol.</p> <p><u>Eliminação intestinal:</u></p> <p>Conhecer os hábitos, de eliminação intestinal, anteriores ao AVC;</p> <p>Incentivar uso de arrastadeira;</p> <p>Providenciar arrastadeira atempadamente;</p>	<p>12.10.2016 – Durante este dia, enquanto estive junto do Srº. D. controlou sempre esfíncteres, tendo apresentado micção no urinol e dejeção na sanita, tendo ido ao W.C. em cadeira sanitária. Contudo, não toca à campainha quando apresenta necessidade, tendo apresentado micções na fralda durante a tarde.</p> <p>16.10.2016 – O Srº. D. apresentou micção e dejeção na fralda, mesmo durante a minha presença junto dele, não solicitou ida ao W.C., nem urinol ou arrastadeira, foi incentivado a fazê-lo. Quando questionado se está sujo, sabe e refere quando está.</p>
--	--	---	---



		<p>Instruir quais os horários ideais para as dejeções, após refeições e após levantar, para usufruir do reflexo gastro e ortocólico.</p> <p>Vigiar características da eliminação intestinal;</p> <p>Monitorizar eliminação intestinal.</p> <p>Incentivar com reforço positivo sempre que a dejeção ocorra no w.c. ou arrastadeira.</p>	
Posicionar-se dependente em grau elevado	<p>Promover o autocuidado;</p> <p>Conferir independência no autocuidado;</p> <p>Prevenir inconvenientes</p>	<p><u>Iniciadas a 11.10.2016</u></p> <p>Executar técnica de posicionamento em padrão antiespástico;</p> <p>Incentivar a posicionar-se;</p> <p>Executar atividades terapêuticas;</p>	<p>11.10.2016 – O Srº. D. encontra-se recetivo ao posicionamento em padrão antiespástico, foi incentivado a posicionar-se através do rolar, refere não conseguir e não tenta, apesar de estimulado.</p> <p>12.10.2016 – O Srº. D. tenta realizar posicionamentos, incentivado a rolar,</p>

	<p>relacionados com a imobilidade;</p> <p>Prevenir o declínio Funcional.</p>	<p>Incentivar ao uso de atividades terapêuticas, como rolar para alternar decúbitos.</p> <p>Executar exercícios de amplitude de movimentos ativos assistidos e resistidos ao nível do membro superior e inferior direito, respeitando as limitações articulares;</p> <p>Executar exercícios de amplitude de movimentos passivos ao nível do membro superior e inferior esquerdo, respeitando as limitações articulares, exceto na flexão e extensão do cotovelo, onde deverão ser realizados movimentos ativos assistidos e livres.</p>	<p>consegue mas com algum auxílio. Foi realizada elevação do troco, tendo ficado sentado na beira da cama, refere sentir-se bem e que está melhor sentado do que deitado. Ficou sentado durante 1h no cadeirão.</p> <p>16.10.2016 – O Srº. D. não quer ficar posicionado em padrão antiespástico, recusa efetuar levante. Foi incentivado e explicado os inconvenientes decorrentes da imobilidade, sem sucesso.</p>
--	--	---	--

Autocuidado vestir e despir dependente em grau elevado	Promover o autocuidado; Conferir independência no autocuidado; Prevenir o declínio Funcional.	<u>Iniciadas a 12.10.2016</u>  Ensinar estratégias adaptativas para vestir e despir (vestir 1º o lado hemiplégico e despir em último o lado hemiplégico).	12.10.2016 – O Srº. D. apresenta limitação no vestir e despir, foi realizado ensino sobre as estratégias adaptativas, tenta realizar, mas necessita de ajuda, essencialmente no vestir.  16.10.2016 – O Srº. D recusa tentar vestir ou despir, foi incentivado, sem sucesso.
Equilíbrio corporal comprometido em grau elevado	Reeducar o equilíbrio; Reeducar o mecanismo de reflexo postural; Preparar para a marcha; Promover a autonomia e independência;	<u>Iniciadas a 11.10.2016</u>  Treinar o equilíbrio estático; Ensinar e treinar atividades terapêuticas (rolar, ponte, rotação controlada da coxofemoral; Executar flexão e extensão controlada da coxofemoral; Manter o alinhamento corporal;	11.10.2016 – Avaliado o equilíbrio estático e dinâmico com o doente sentado. Verificou-se que o doente apresenta compromisso do equilíbrio estático aquando sentado, motivo pelo qual não foi testado equilíbrio estático em ortostatismo. Não consegue passar da posição deitado para sentado sem auxílio, necessita de ajuda para elevar o tronco e para tirar os membros inferiores de cima da cama

	Prevenir o declínio Funcional.	Treinar o equilíbrio dinâmico sentado; Utilizar calçado adequado.	12.10.2016 – Mantém compromisso do equilíbrio estático e dinâmico aquando sentado, contudo tenta manter o alinhamento corporal, por vezes é necessário relembrar que deve realizar correção postural.  16.10.2016 – Não foi realizado treino de equilíbrio porque o doente recusou sentar na beira da cama.
Comunicação comprometida em grau moderado	Promover a mobilidade facial, facilitando a expressão.	<u>Iniciadas a 11.10.2016</u>  Encorajar o Srº. D. a falar pausadamente e utilizar frases curtas; Corrigir a articulação das palavras sempre que necessário; Realizar exercícios de fonação (reflexo tosse, pigarrear);	11.10.2016 – O Srº. D. apresenta um discurso perceptível, embora lentificado e nasalado. Foi incentivado à realização dos exercícios, realiza durante a minha presença.  12.10.2016 – Mantém o discurso lentificado e nasalado, realiza os exercícios corretamente, embora só os faça quando estimulado.

		<p>Realizar terapia fisiológica (bocejo ou suspiro com som nasal);</p> <p>Realizar exercícios de reeducação dos músculos da face (sorrir, assobiar, encher a boca de ar, mostrar os dentes, protusão e retração da língua).</p>	<p>16.10.2016 – Doente com discurso mais fluente e menos nasalado, recusa-se a realizar os exercícios.</p>
Letargia e compromisso da atenção em grau moderado	Promover o estado vígil e a concentração	<p><u>Iniciadas a 11.10.2016</u></p> <p>Avaliar o estado de consciência/alterações neurológicas, usando a escala de Glasgow, diariamente;</p> <p>Incentivar o Srº. D. a manter-se desperto, recorrendo a TV, rádio ou outras atividades que goste de desenvolver;</p> <p>Proporcionar ambiente calmo, com o mínimo de distrações;</p>	<p>11.10.2016 – O Srº D. encontra-se letárgico, foi estimulado através dos exercícios de reabilitação e posteriormente foi ligada a TV para ajudar na estimulação do estado vígil.</p> <p>12.10.2016 – Doente mais vígil, mais ainda com dificuldade em concentrar-se nas atividades terapêuticas.</p> <p>16.10.2016 – Doente vígil, não se concentra nas atividades terapêuticas, mas manifesta não o querer fazer.</p>

		<p>Promover a colaboração do Sr<sup>o</sup>. D. nos cuidados e atividades terapêuticas;</p> <p>Chamar o Sr<sup>o</sup>. D. sempre pelo nome porque gosta de ser chamado;</p> <p>Avaliar os sinais vitais uma vez turno e sempre que se justifique;</p> <p>Executar levante diariamente;</p> <p>Verificar se existe alteração do padrão de sono-vigília.</p>	
Alto risco de Queda	Evitar a ocorrência de quedas	<p><u>Iniciadas a 11.10.2016</u></p> <p>Avaliar a escala de Morse diariamente;</p> <p>Ensinar sobre medidas de prevenção de queda;</p>	Doente manteve alto risco de queda durante todo o internamento, mas sem nenhum episódio de queda a registar.

		Disponibilizar folheto sobre atitudes preventivas de queda; Executar medidas de segurança; Gerir ambiente.	
--	--	--	--

## **APÊNDICES**



## **Apêndice I – Escala de Glasgow**

Escala de Glasgow do Senhor D.

Variáveis		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

**Total = 14**

## **Apêndice II – Escala de Morse**

Escala de Morse do Senhor D.

Item	Escala	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento/ urgência ou nos últimos 3 meses	Não – 0 Sim – 25	25
2. Diagnóstico Secundário	Não – 0 Sim – 15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhum/ ajuda de enfermeiro/ acamado/ cadeira de rodas Muletas/ canadianas/ bengala/ andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0  15 30	0
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Não – 0 Sim – 20	20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20	0
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	0
<b>Total</b>		<b>60</b>

Nível de Risco	Pontuação da Escala de Morse
Sem risco	0 – 24
Baixo Risco	25 – 50
<b>Alto risco</b>	<b>≥ 51</b>

**Alto Risco de Queda**

### **Apêndice III – Escala de Braden**

Escala de Braden do Senhor D.

<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1</b> Totalmente limitada	<b>2</b> Muito limitada	<b>3</b> Levemente limitada	<b>4</b> Nenhuma limitação	3
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1</b> Pele constantemente húmida	<b>2</b> Pele muito húmida	<b>3</b> Pele ocasionalmente húmida	<b>4</b> Pele raramente húmida	3
<b>Atividade</b> Nível de atividade física	<b>1</b> Acamado	<b>2</b> Sentado	<b>3</b> Anda ocasionalmente	<b>4</b> Anda frequentemente	2
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1</b> Completamente imobilizado	<b>2</b> Muito limitada	<b>3</b> Ligeiramente limitada	<b>4</b> Nenhuma Limitação	2
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1</b> Muito pobre	<b>2</b> Provavelmente inadequada	<b>3</b> Adequada	<b>4</b> Excelente	4
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1</b> Problema	<b>2</b> Problema potencial	<b>3</b> Nenhum problema		3
<b>Total</b>					17

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- Alto Risco de Úlcera por Pressão – Pontuação  $\leq 16$
- **Baixo Risco de Úlcera por Pressão – Pontuação  $\geq 17$**

## **Apêndice IV – Escala de Barthel**

Escala de Barthel do Senhor D.

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	Índice
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e o copo	10	5
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne pão e utilizar copo	5	
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0	
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5	0
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava sozinho	0	
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5	0
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0	
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	10	0
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5	
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0	
Eliminação intestinal (*)	Continência Normal	10	10
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema	5	
	Incontinente	0	
Eliminação vesical (*)	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado.	10	10
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda	5	
	Incontinência	0	
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10	0
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5	
	Dependente	0	
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15	0
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10	
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5	
	Dependente		



### Escala de Barthel do Senhor D.

Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15	0
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10	
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5	
	Dependente	0	
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10	0
	Necessita de ajuda física – ou supervisão para o fazer	5	
	Dependente	0	

(\*) avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento.

### Soma do índice 25

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
<b>20-35</b>	<b>Grave</b>
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

## **Apêndice V – Escala de Berg**

## Escala de Berg do Senhor D.

	Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1	Da posição de sentado para a posição de pé	0
2	Ficar em pé sem apoio	0
3	Sentado sem apoio	0
4	Da posição de pé para a posição de sentado	0
5	Transferências	0
6	Ficar em pé com os olhos fechados	0
7	Ficar em pé com os pés juntos	0
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0
9	Apanhar um objeto do chão	0
10	Virar-se para olhar para trás	0
11	Dar uma volta de 360 graus	0
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	0
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	0
14	Ficar em pé sobre uma perna	0
TOTAL		0

- **Mau equilíbrio – 0 – 20**

- Bom equilíbrio - 40 a 56

- **0 – 36 – 100% Risco de queda**

- 37 – 44 – Locomoção segura mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha
- 45 – 56 – Não existem risco de queda, o visado goza de uma locomoção segura

Escala de Berg do Senhor D.

Descrição	Categorias	Pont.
<b>1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.	Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma	4
	Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos	3
	Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas	2
	Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável	1
	Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar	0
<b>2. FICAR EM PÉ SEM APOIO</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar. Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.	Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos	4
	Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão	3
	Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos	2
	Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos	1
	Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda	0
<b>3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b>	Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos	4
	Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão	3
	Mantém-se sentado durante 30 segundos	2
	Mantém-se sentado durante 10 segundos	1

Escala de Berg do Senhor D.

Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.	Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos	0
<p>4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO</p> <p>INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.</p>	Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos	4
	Ao sentar-se recorre às mãos	3
	Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida	2
	Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida	1
	Necessita de ajuda para se sentar	0
<p>5. TRANSFERÊNCIAS</p> <p>INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.</p>	Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos	4
	Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos	3
	Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão	2
	Necessita de ajuda de uma pessoa	1
	Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança	0
<p>6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS</p> <p>INSTRUÇÕES:</p>	Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos	4
	Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão	3
	Consegue manter-se em pé durante 3 segundos	2

Escala de Berg do Senhor D.

Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.	Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável	1
	Necessita de ajuda para evitar a queda	0
<p>7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS</p> <p>INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.</p>	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto	4
	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão	3
	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos	2
	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos	1
	Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos	0
<p>8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ</p> <p>INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância</p>	Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)	4
	Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)	3

Escala de Berg do Senhor D.

<p>possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)</p>	<p>Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)</p>	2
	<p>Inclina-se para a frente, mas necessita de supervisão</p>	1
	<p>Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo</p>	0
<p>9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ</p> <p>INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.</p>	<p>Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança</p>	4
	<p>Consegue apanhar o chinelo, mas necessita de supervisão</p>	3
	<p>Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma</p>	2
	<p>Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta</p>	1
	<p>Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda</p>	0
<p>10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS</p>	<p>Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso</p>	4

Escala de Berg do Senhor D.

<p>OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ</p> <p>INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.</p>	Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso	3
	Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio	2
	Necessita de supervisão ao virar	1
	Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda	0
<p>11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS</p> <p>INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.</p>	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos	4
	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos	3
	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, mas lentamente	2
	Necessita de supervisão ou de indicações verbais	1
	Necessita de ajuda enquanto dá a volta	0
<p>12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO</p> <p>INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o</p>	Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos	4
	Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos	3
	Consegue completar 4 degraus sem ajuda, mas com supervisão	2



Escala de Berg do Senhor D.

degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.	Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda	1
	Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar	0
<p>13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO</p> <p>INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO)</p> <p>Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).</p>	Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos	4
	Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos	3
	Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos	2
	Necessita de ajuda para dar um passo, mas consegue manter a posição durante 15 segundos	1
	Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé	0
14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA	Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos	4

### Escala de Berg do Senhor D.

<b>INSTRUÇÕES:</b> Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.	Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos	3
	Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais	2
	Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma	1
	Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda	0
<b>PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)</b>		

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Reabilitação**

Estágio

**Estudo de Caso**

**Filipa Andreia Simões dos Santos**

**Lisboa**

**Outubro, 2016**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Reabilitação**

Estágio

**Estudo de Caso**

**Filipa Andreia Simões dos Santos**

Orientador: Professor Joaquim Paulo Cabral Oliveira

**Lisboa**

**Outubro, 2016**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, pointing towards the bottom right corner.

## **LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

HTA – Hipertensão Arterial

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	5
1. APRESENTAÇÃO DA SR <sup>a</sup> . M .....	6
1.1. Antecedentes pessoais .....	6
1.2. Medicação habitual .....	6
1.3. Medicação no internamento .....	6
2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL .....	7
3. EXAME NEUROLÓGICO (10.10.2016) .....	7
3.1. Estado mental .....	7
3.2. Pares Cranianos .....	8
3.3. Motricidade .....	9
3.4. Sensibilidade (superficial e profunda) .....	10
3.5. Equilíbrio .....	11
3.6. Marcha .....	11
4. AVALIAÇÃO DE ESCALAS .....	11
5. DESVIOS DE SAÚDE .....	11
6. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	12

## APÊNDICES

Apêndice I – Escala de Glasgow

Apêndice II – Escala de Morse

Apêndice III – Escala de Braden

Apêndice IV – Escala de Barthel

Apêndice V – Escala de Berg

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho surge no âmbito do estágio que se encontra a decorrer no Serviço de Medicina II da Unidade de [REDACTED], do Centro Hospitalar [REDACTED], no sentido de dar resposta ao Projeto de Aprendizagem. Consta num estudo de caso de um doente acometido por AVC isquémico, doente que avaliei e planeei cuidados, o planeamento de cuidados foi realizado em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Em termos de organização, é descrito numa primeira fase a apresentação da Sr<sup>a</sup>. M, seguida da 1<sup>a</sup> avaliação neurológica, e por fim o plano de cuidados definido para a doente em função dos principais desvios de saúde encontrados, em termos de enfermagem de reabilitação.

## **1. APRESENTAÇÃO DA SRª. M**

A senhora M tem 87 anos, é viúva, gesta 0 para 0. Tem um irmão e uma irmã, ambos casados, sendo que o irmão tem 2 filhos e a irmã 3 filhos.

Encontra-se institucionalizada em Lar, contudo independente nas atividades de vida diária (AVD), refere que a sobrinha (filha do seu irmão) é quem mais se preocupa consigo e trata de todos os assuntos com o Lar. Não foi possível contactar familiares pelo que não consegui confirmar patologias anteriores, datas de diagnósticos, se estavam controladas e medicação habitual. A informação obtida provém de entrevista com a doente e da informação disponível no processo clínico.

### **1.1. Antecedentes pessoais**

HTA (Hipertensão Arterial)

Hipotireoidismo

Fratura maleolar em 7/01/2008, tendo sido submetida a cirurgia.

Nega alergias

### **1.2. Medicação habitual**

Lasix; Herbesser; Alprazolam; Pantoprazol

### **1.3. Medicação no internamento**

Ácido acetilsalicílico 100mg – 19h

Enoxaparina 40mg/0,4ml – 7h

Alprazolam 0,25mg – 22h

Levotiroxina sódica 0,025mg – 7h

Lactulose 10g/15ml – SOS

Insulina de ação rápida – SOS



## **2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL**

No dia 23/09/2016, pelas 12h, a Sr<sup>a</sup>. M foi encontrada sentada, inconsciente. Após recuperação de consciência, há referência a disfasia motora e hemiparesia à direita.

À entrada no Serviço de Urgência a Sr<sup>a</sup>. M encontrava-se consciente e orientada, com disfasia motora moderada, com apagamento do sulco nasogeniano à direita. Parésia do membro inferior direito com uma força muscular de 3/5 (Escala de Lower).

Tensão arterial: 85/40 mmHg

Frequência cardíaca: 46 batimentos por minuto (bradicardia sinusal, confirmada por ECG).

Realizou TAC- CE, tendo ficado internada com o diagnóstico clínico de AVC isquémico. No mesmo dia passa para a Unidade de Cuidados Intensivos polivalente (UCIP) por alterações hemodinâmicas (bradicardia sinusal e hipotensão) e AVC isquémico.

Após estabilização na UCIP foi transferida para o Serviço de Medicina II a 24/09/2016.

## **3. EXAME NEUROLÓGICO (10.10.2016)**

### **3.1. Estado mental**

#### **Consciência**

A senhora M encontra-se vígil, com abertura espontânea dos olhos, orientada na resposta verbal e obedece a ordens simples. Apresenta um score de 15 segundo a escala de Glasgow (Apêndice I).

#### **Orientação**

Orientada em termos auto e alopsíquicos.

#### **Atenção**

Apresenta défice em termos de tenacidade, uma vez que apresenta alguma dificuldade em manter a atenção numa tarefa.

**Memória**

Apresenta memória imediata e recente a curto e longo prazo mantidas.

**Linguagem**

A senhora M apresenta um discurso espontâneo sem alterações na compreensão, nomeação e repetição.

**Neglect**

Sem alterações

**3.2. Pares Cranianos****I – Olfativo**

Sem alterações

**II – Ótico**

Sem alterações

**III – Motor ocular comum**

Sem alterações, pupilas isocóricas, isosimétricas, isoreativas

**IV – Patético**

Sem alterações

**V – Trigémio**

Sem alterações

**VI – Motor ocular externo**

Sem alterações

**VII – Facial**

Parésia facial central à direita

**VIII – Auditivo**

Audição – Sem alterações

Equilíbrio – equilíbrio estático mantido, equilíbrio dinâmico mantido aquando sentada, comprometido na posição ortostática

**IX – Glossofaríngeo**

Sem alterações

**X – Pneumogástrico / Vago**

Sem alterações

## **XI – Espinhal**

Força muscular de grau 4

## **XII – Grande Hipoglosso**

Protusão da língua, com desvio à direita.

### **3.3. Motricidade**

#### **Força Muscular (Escala de Lower)**

<b>Segmentos</b>	<b>Movimentos</b>	<b>Hemicorpo direito</b>	<b>Hemicorpo esquerdo</b>
Cabeça e pescoço	Flexão	5	5
	Extensão	4	5
	Flexão lateral	5	5
	Rotação	4	5
Escapulo-umeral	Flexão	4	5
	Extensão	4	5
	Adução	4	5
	Abdução	4	5
	Rotação interna	4	5
	Rotação externa	4	5
Cotovelo	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Antebraço	Pronação	5	5
	Supinação	5	5
Punho	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Desvio radial	5	5
	Desvio cubital	5	5
	Circundação	5	5
Dedos da mão	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Circundação	5	5

	Oponência do polegar	5	5
Coxo femural	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação interna	5	5
	Rotação externa	5	5
Joelho	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Tibiotársica	Flexão plantar	5	5
	Dorsiflexão	5	5
	Inversão	5	5
	Eversão	5	5
Dedos do pé	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5

### **Tónus muscular (Escala de Ashworth Modificada)**

Após avaliação de todos os movimentos em cada segmento conclui que não se verificou nenhum aumento do tonús muscular

### **Coordenação motora**

Consegue fazer a prova Índex-nariz com ambos os membros superiores, consegue realizar a prova calcanhar joelho com ambos os membros inferiores

### **3.4. Sensibilidade (superficial e profunda)**

Apresenta sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) e profunda (propriocepção, vibratória, discriminatória) mantidas.

### **3.5. Equilíbrio**

Apresenta equilíbrio estático mantido, equilíbrio dinâmico mantido aquando sentada e comprometido na posição ortostática.

### **3.6. Marcha**

Doente apresenta marcha hemiparética, com apoio bilateral por não conseguir manter equilíbrio dinâmico na posição ortostática.

## **4. AVALIAÇÃO DE ESCALAS**

- Escala de Morse (Apêndice II) – Alto risco de queda
- Escala de Braden (Apêndice III) – Baixo risco de úlcera de pressão
- Escala de Barthel (Apêndice IV) – Grau de dependência grave (índice de 30)
- Escala de Berg (Apêndice V) – Mau equilíbrio; 100% de risco de queda

## **5. DESVIOS DE SAÚDE**

- Autocuidados: higiene, comer e beber, eliminação, posicionar-se, vestir e despir
- Equilíbrio corporal
- Parésia facial central, na hemiface à esquerda com desvio da comissura labial à direita
- Motricidade fina
- Alto risco de queda

## 6. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Focos	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Autocuidado higiene dependente em grau elevado	Promover o autocuidado; Conferir independência no autocuidado; Prevenir o declínio Funcional.	<u>Iniciadas a 10.10.2016</u> Incentivar a Srª. M a higienizar-se; Instruir a Srª. M a realizar a higiene com o membro afetado; Executar técnica de banho em cadeira sanitária; Incentivar a realizar a higiene oral;	10.10.2016 – Srª. M muito renitente a higienizar-se. 12.10.2016 – Srª. M mais recetiva a higienizar-se, lavou a cara com o membro superior direito. 16.10.2016 – Srª. M higienizou a cara e os genitais com o membro superior direito. 17.10.2016 – Doente tem alta clinica e mantem dependência em grau elevado no autocuidado higiene.
Autocuidado comer e beber dependente em grau moderado	Promover o autocuidado; Conferir independência no autocuidado; Prevenir o declínio Funcional.	<u>Iniciadas a 11.10.2016</u> Incentivar à alimentação com a mão afetada; Providenciar dispositivos de compensação (colocar ligadura no cabo dos talheres para facilitar a	11.10.2016 – Srª. M renitente a tentar alimentar-se, foi verificada a dificuldade na preensão do talher e colocada ligadura envolta no cabo para facilitar a preensão, colocado guardanapo molhado debaixo da taça para a fixar mais facilmente.

		preensão, antiderrapante debaixo do prato).	<p>12.10.2016 – Foram preparados os tabuleiros de refeição, facilitado o talher com cabo grosso e a doente conseguiu alimentar-se autonomamente.</p> <p>16.10.2016 – Incentivada a Sr<sup>a</sup>. M a preparar o tabuleiro de refeição, barrar o pão, colocar o açúcar no leite, preparar os talheres, contudo encontra-se renitente, mas mantém a alimentação de forma autónoma.</p> <p>17.10.2016 – Alimenta-se de forma independente, mas necessita de auxílio para preparar o tabuleiro e barrar o pão.</p>
Autocuidado eliminação dependente em grau elevado	<p>Promover o autocuidado;</p> <p>Conferir independência no autocuidado;</p> <p>Promover a continência.</p>	<p><u>Iniciadas a 10.10.2016</u></p> <p><u>Eliminação vesical:</u></p> <p>Conhecer os hábitos, de eliminação vesical, anteriores ao AVC;</p> <p>Incentivar uso de arrastadeira ou de solicitação para ir ao WC;</p>	<p>10.10.2016 – A Sr<sup>a</sup>. M manifesta usar cueca-fralda no lar, refere não se aperceber da necessidade de eliminação vesical, nem intestinal, contudo sabe quando está molhada.</p> <p>11.10.2016 – Foi incentivada a Sr<sup>a</sup>. M a evacuar aquando do levantar para a higiene, após o pequeno-almoço no sentido de tentar aproveitar</p>

		<p>Providenciar arrastadeira/WC atempadamente;</p> <p>Elaborar e implementar plano de ingestão hídrica;</p> <p>Restringir a ingestão hídrica a partir das 19h;</p> <p>Vigiar características da eliminação urinária;</p> <p>Monitorizar eliminação urinária.</p> <p>Incentivar com reforço positivo sempre que a micção ocorra na arrastadeira ou WC.</p> <p><u>Eliminação intestinal:</u></p> <p>Conhecer os hábitos, de eliminação intestinal, anteriores ao AVC;</p> <p>Incentivar uso de arrastadeira/WC;</p> <p>Providenciar arrastadeira/WC atempadamente;</p>	<p>a ajuda do reflexo gastrocólico, com sucesso, a doente evacuou não voltando a evacuar na fralda neste dia. Foi dado reforço positivo e incentivada a efetuar da mesma forma no dia seguinte.</p> <p>Foi elucidada do plano de ingestão hídrica, mas não cumpre.</p> <p>12.10.2016 – Após pequeno-almoço foi questionada sobre a necessidade de eliminação, referiu já ter evacuado e urinado na fralda.</p> <p>16.10.2016 – A Srª. M solicitou levante após pequeno-almoço para evacuar, com sucesso, foi dado reforço positivo. Foi incentivada a solicitar arrastadeira para eliminação urinária, foi questionada diversas vezes da necessidade de eliminação urinária, mas sem êxito, apresentou sempre micção para fralda.</p>
--	--	--	---



		<p>Instruir quais os horários ideais para as refeições, após refeições e após levantar, para usufruir do reflexo gastro e orto-cólico.</p> <p>Vigiar características da eliminação intestinal;</p> <p>Monitorizar eliminação intestinal.</p> <p>Incentivar com reforço positivo sempre que a defecção ocorra no w.c. ou arrastadeira.</p>	<p>17.10.2016 - Doente tem alta clínica e mantém dependência em grau elevado no autocuidado eliminação. Consegue aproveitar o reflexo gastrocólico após o pequeno-almoço, regular o padrão intestinal mas mantém algumas perdas se não a levarem logo após o pequeno-almoço ao W.C., uma vez que a doente raramente solicita a ida ao w.c.</p>
<p>Posicionar-se dependente em grau reduzido</p>	<p>Promover o autocuidado;</p> <p>Conferir independência no autocuidado;</p> <p>Prevenir inconvenientes relacionados com a imobilidade;</p> <p>Prevenir o declínio</p>	<p><u>Iniciadas a 10.10.2016</u></p> <p>Supervisionar técnica de posicionamento em padrão antiespástico;</p> <p>Incentivar a posicionar-se;</p> <p>Executar exercícios de amplitude de movimentos ativos assistidos e resistidos em todos os segmentos musculares, respeitando as limitações articulares;</p>	<p>10.10.2016 – A Sr<sup>a</sup>. M consegue mobilizar-se no leito autonomamente pelo que apresenta renitência em permanecer por um período superior a 10 min. em padrão antiespástico.</p> <p>Foram realizados os exercícios de amplitude de movimentos ativos assistidos e livres em todos os segmentos musculares, incentivando-a à sua realização.</p>

	Funcional.	Incentivar o uso de atividades terapêuticas, como rolar para alternar decúbitos, ponte, rotação controlada da coxo-femural, facilitação cruzada.	<p>11.10.2016 – Mantém renitência ao padrão antiespástico. Foram realizados os exercícios de amplitude de movimentos ativos livres e resistidos em todos os segmentos musculares, incentivando-a à sua realização, doente muito colaborante.</p> <p>Foi ensinado e incentivado o uso de atividades terapêuticas, doente colaborante.</p> <p>12.10.2016 - Realizados exercícios de amplitude de movimentos ativos livres e resistidos em todos os segmentos musculares, doente muito colaborante. Realiza algumas atividades terapêuticas como o rolar e alternar decúbitos de forma autónoma.</p> <p>16.10.2016 - Realizados exercícios de amplitude de movimentos ativos livres e resistidos em todos os segmentos musculares, doente muito colaborante. Realiza todas as</p>
--	------------	--	--

			<p>atividades de forma autónoma, apenas sob supervisão.</p> <p>17.10.2016 – Doente posiciona-se no leito e realiza atividades terapêuticas de autonomamente.</p>
Autocuidado vestir e despir dependente em grau elevado	<p>Promover o autocuidado;</p> <p>Conferir independência no autocuidado;</p> <p>Prevenir o declínio Funcional.</p>	<p><u>Iniciadas a 11.10.2016</u></p> <p>Ensinar estratégias adaptativas para vestir e despir (vestir 1º o lado hemiplégico e despir em último o lado hemiplégico).</p>	<p>11.10.2016 – Foi feito ensino sobre as estratégias adaptativas para vestir e despir, consegue despir-se de forma autónoma, veste a parte superior do corpo, mas não a inferior, após indicação para tal.</p> <p>12.10.2016 – Incentivada a usar as estratégias adaptativas, manifesta dificuldade em abotoar o casaco, vestiu a metade inferior do corpo com auxílio.</p> <p>16.10.2016 – Usa as estratégias adaptativas, apenas após indicação, mas solicita auxílio para vestir e fechar as calças.</p>

			17.10.2016 – Doente tem alta clinica e mantém a solicitação de auxílio no vestir.
Equilíbrio corporal comprometido em grau elevado	<p>Reeducar o equilíbrio;</p> <p>Preparar para a marcha;</p> <p>Promover a autonomia e independência;</p> <p>Prevenir o declínio Funcional.</p>	<p><u>Iniciadas a 11.10.2016</u></p> <p>Treinar o equilíbrio dinâmico sentada;</p> <p>Treinar o equilíbrio dinâmico em posição ortostática;</p> <p>Realizar exercícios de correção postural com recurso a espelho;</p> <p>Realizar treino de marcha controlada;</p> <p>Realizar atividades terapêuticas (agachamentos e marcha com apoio no fundo da cama).</p>	<p>10.10.2016 – Avaliado o equilíbrio estático e dinâmico sentada e na posição ortostática. Verificou-se que a doente apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentada contudo na posição ortostática apresenta compromisso do equilíbrio dinâmico. Não consegue passar da posição sentada para de pé sem auxilio, necessita de ajuda para elevar o tronco.</p> <p>11.10.2016 – Mantém compromisso do equilíbrio dinâmico na posição ortostática.</p> <p>12.10.2016 - Mantém compromisso do equilíbrio dinâmico na posição ortostática, consegue realizar marcha controlada com apoio bilateral ou com andarilho.</p>

			<p>16.10.2016 - Mantém compromisso do equilíbrio dinâmico na posição ortostática, contudo apresenta uma melhor postura e alinhamento corporal durante a marcha.</p> <p>17.10.2016 – Doente tem alta clinica, mantém a necessidade de apoio bilateral ou andarilho na marcha.</p>
<p>Parésia facial central, na hemiface à esquerda com desvio da comissura labial à direita</p>	<p>Conferir simetria facial; Promover a mobilidade facial, facilitando a expressão.</p>	<p><u>Iniciadas a 12.10.2016</u></p> <p>Realizar exercícios de reeducação dos músculos da face (unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, mostrar os dentes, protusão e retração da língua).</p>	<p>12.10.2016 – Foi realizado ensino à Srª. M sobre os exercícios de reeducação dos músculos da face, explicada a importância da realização dos mesmos. Foi incentivada a realizar os exercícios pelo menos três vezes ao dia, em sequências de 10, mesmo tendo que os realizar sozinha.</p> <p>16.10.2016 – Questionei a Srª. M sobre a realização dos exercícios de reeducação facial referiu que sozinha não gostava de os fazer e não tinha ânimo para tal. Foram realizados os</p>

			<p>exercícios e foi novamente incentivada à sua realização.</p> <p>17.10.2016 – Doente teve alta clinica, foi incentivada a manter a realização dos exercícios de reeducação facial. Mantém o desvio da comissura labial à direita.</p>
Motricidade fina comprometida	Conferir movimento de preensão.	<p><u>Iniciadas a 12.10.2016</u></p> <p>Solicitar que conte feijões, retirando do saco e colocando ao lado;</p> <p>Solicitar que tire as molas de um local e coloque em outro;</p> <p>Solicitar que pegue na caneta e faça um desenho.</p>	<p>12.10.2016 – Doente consegue pegar nos feijões e colocar no local indicado. Apresenta dificuldade em pegar nas molas, por lhe ter solicitado que a força seja exercida apenas com dois dedos (indicador e polegar).</p> <p>16.10.2016 – Doente consegue fazer força para trocar as molas de sítio. Dificuldade em fazer um desenho, mas consegue fazer riscos.</p> <p>17.10.2016 – A Srª. M teve alta clinica e não se verifica compromisso na motricidade fina.</p>

Alto risco de Queda	Evitar a ocorrência de quedas	<p><u>Iniciadas a 10.10.2016</u></p> <p>Avaliar a escala de Morse diariamente;</p> <p>Ensinar medidas de prevenção de queda;</p> <p>Disponibilizar folheto sobre atitudes preventivas de queda (doente institucionalizada em Lar, foi oferecido para que entregasse no Lar);</p> <p>Executar medidas de segurança;</p> <p>Gerir ambiente.</p>	Doente manteve alto risco de queda durante todo o internamento, mas sem nenhum episódio de queda a registar. A data de alta clinica foi reforçado o ensino sobre as medidas de prevenção de queda.
---------------------	-------------------------------	---	--

## **APÊNDICES**



## **Apêndice I – Escala de Glasgow**

Escala de Glasgow da Senhora M.

Variáveis		Score
Abertura Ocular	Espontânea	<b>4</b>
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	<b>5</b>
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	<b>6</b>
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

**Total = 15**

## **Apêndice II – Escala de Morse**

Escala de Morse Senhora M.

Item	Escala	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento/ urgência ou nos últimos 3 meses	Não – 0 Sim – 25	25
2. Diagnóstico Secundário	Não – 0 Sim – 15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhum/ ajuda de enfermeiro/ acamado/ cadeira de rodas Muletas/ canadianas/ bengala/ andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0  15 30	0
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Não – 0 Sim – 20	20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20	20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	0
<b>Total</b>		<b>80</b>

Nível de Risco	Pontuação da Escala de Morse
Sem risco	0 – 24
Baixo Risco	25 – 50
<b>Alto risco</b>	<b>≥ 51</b>

**Alto Risco de Queda**

### **Apêndice III – Escala de Braden**

Escala de Braden da Senhora M.

<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1</b> Totalmente limitada	<b>2</b> Muito limitada	<b>3</b> Levemente limitada	<b>4</b> Nenhuma limitação	4
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1</b> Pele constantemente húmida	<b>2</b> Pele muito húmida	<b>3</b> Pele ocasionalmente húmida	<b>4</b> Pele raramente húmida	3
<b>Atividade</b> Nível de atividade física	<b>1</b> Acamado	<b>2</b> Sentado	<b>3</b> Anda ocasionalmente	<b>4</b> Anda frequentemente	3
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1</b> Completamente imobilizado	<b>2</b> Muito limitada	<b>3</b> Ligeiramente limitada	<b>4</b> Nenhuma Limitação	3
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1</b> Muito pobre	<b>2</b> Provavelmente inadequada	<b>3</b> Adequada	<b>4</b> Excelente	4
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1</b> Problema	<b>2</b> Problema potencial	<b>3</b> Nenhum problema		3
<b>Total</b>					20

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- Alto Risco – Pontuação  $\leq 16$
- Baixo Risco – Pontuação  $\geq 17$

#### **Apêndice IV – Escala de Barthel**

Escala de Barthel da senhora M.

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	Índice
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e o copo	10	5
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne pão e utilizar copo	5	
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0	
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5	0
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava sozinho	0	
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5	0
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0	
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	10	0
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5	
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0	
Eliminação intestinal (*)	Continência Normal	10	0
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema	5	
	Incontinente	0	
Eliminação vesical (*)	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado.	10	0
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda	5	
	Incontinência	0	
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10	0
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5	
	Dependente	0	
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15	10
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10	
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5	
	Dependente		



Escala de Barthel da senhora M.

Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15	10
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10	
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5	
	Dependente	0	
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10	5
	Necessita de ajuda física – ou supervisão para o fazer	5	
	Dependente	0	

(\*) avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento.

**Soma do índice 30**

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
<b>20-35</b>	<b>Grave</b>
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

## **Apêndice V – Escala de Berg**

Escala de Berg da senhora M.

	Descrição dos itens	Pontuação (0-4)
1	Da posição de sentado para a posição de pé	1
2	Ficar em pé sem apoio	2
3	Sentado sem apoio	4
4	Da posição de pé para a posição de sentado	3
5	Transferências	1
6	Ficar em pé com os olhos fechados	4
7	Ficar em pé com os pés juntos	0
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	0
9	Apanhar um objeto do chão	0
10	Virar-se para olhar para trás	0
11	Dar uma volta de 360 graus	0
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	0
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	1
14	Ficar em pé sobre uma perna	0
TOTAL		16

- **Mau equilíbrio – 0 – 20**

- Bom equilíbrio - 40 a 56

- **0 – 36 – 100% Risco de queda**

- 37 – 44 – Locomoção segura mas com recomendação de assistência ou com auxiliares de marcha
- 45 – 56 – Não existem risco de queda, o visado goza de uma locomoção segura

Escala de Berg da senhora M.

Descrição	Categorias	Pont.
<b>1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.	Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma	4
	Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos	3
	Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas	2
	Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável	1
	Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar	0
<b>2. FICAR EM PÉ SEM APOIO</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar. Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.	Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos	4
	Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão	3
	Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos	2
	Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos	1
	Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda	0
<b>3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b>	Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos	4
	Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão	3
	Mantém-se sentado durante 30 segundos	2
	Mantém-se sentado durante 10 segundos	1

Escala de Berg da senhora M.

Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.	Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos	0
<p>4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO</p> <p>INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.</p>	Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos	4
	Ao sentar-se recorre às mãos	3
	Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida	2
	Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida	1
	Necessita de ajuda para se sentar	0
<p>5. TRANSFERÊNCIAS</p> <p>INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.</p>	Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos	4
	Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos	3
	Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão	2
	Necessita de ajuda de uma pessoa	1
	Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança	0
<p>6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS</p> <p>INSTRUÇÕES:</p>	Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos	4
	Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão	3
	Consegue manter-se em pé durante 3 segundos	2

Escala de Berg da senhora M.

Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.	Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável	1
	Necessita de ajuda para evitar a queda	0
<p>7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS</p> <p>INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.</p>	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto	4
	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão	3
	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manter a posição durante 30 segundos	2
	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos	1
	Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos	0
<p>8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ</p> <p>INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância</p>	Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)	4
	Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)	3

Escala de Berg da senhora M.

<p>possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)</p>	<p>Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)</p>	2
	<p>Inclina-se para a frente, mas necessita de supervisão</p>	1
	<p>Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo</p>	0
<p>9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ</p> <p>INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.</p>	<p>Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança</p>	4
	<p>Consegue apanhar o chinelo, mas necessita de supervisão</p>	3
	<p>Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma</p>	2
	<p>Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta</p>	1
	<p>Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda</p>	0
<p>10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS</p>	<p>Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso</p>	4

Escala de Berg da senhora M.

<p>OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ</p> <p>INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.</p>	Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso	3
	Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio	2
	Necessita de supervisão ao virar	1
	Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda	0
<p>11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS</p> <p>INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.</p>	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos	4
	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos	3
	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, mas lentamente	2
	Necessita de supervisão ou de indicações verbais	1
	Necessita de ajuda enquanto dá a volta	0
<p>12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO</p> <p>INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o</p>	Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos	4
	Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos	3
	Consegue completar 4 degraus sem ajuda, mas com supervisão	2



Escala de Berg da senhora M.

degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.	Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda	1
	Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar	0
<p>13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO</p> <p>INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO)</p> <p>Coloque um pé exatamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).</p>	Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos	4
	Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos	3
	Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos	2
	Necessita de ajuda para dar um passo, mas consegue manter a posição durante 15 segundos	1
	Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé	0
14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA	Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos	4

Escala de Berg da senhora M.

<b>INSTRUÇÕES:</b> Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.	Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos	3
	Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais	2
	Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma	1
	Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda	0
<b>PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)</b>		

Apêndice V – Mini Mental State Examination do senhor N.



**Mini Mental State Examination (MMSE)**

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? 1996

Em que mês estamos? Janeiro

Em que dia do mês estamos? 1

Em que dia da semana estamos? segunda-feira

Em que estação do ano estamos? Primavera

**Nota:** 0

Em que país estamos? Portugal

Em que distrito vive? Castelo Branco (errado)

Em que terra vive? Ermida (errado)

Em que casa estamos? Casa da Saúde (errado)

Em que andar estamos? 1º (errado)

**Nota:** 1

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra 1

Gato 1

Bola 0

**Nota:** 2

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21 \_ 18\_ 15\_

**Nota:** 0

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra   0  

Gato   0  

Bola   0  

**Nota:**   0  

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio   1  

Lápis   1  

**Nota:**   2  

b) "Repita a frase que eu vou dizer: "O RATO ROEU A ROLHA"

**Nota:**   1  

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita   0  

Dobra ao meio   0  

Coloca onde deve   0  

**Nota:**   0  

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos   não  

**Nota:**   0  

e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

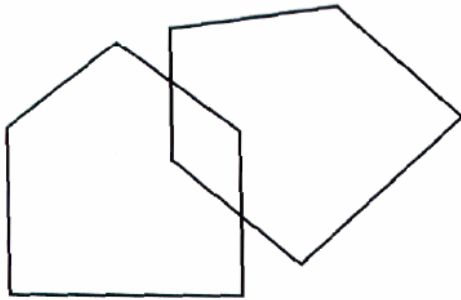
Frase:

(Refere não conseguir, não tenta escrever apesar de estimulado)

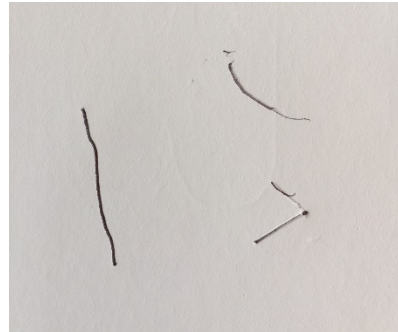
**Nota:**   0

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:



**Nota:** 0

**TOTAL** (Máximo 30 pontos): 6

**Defeito cognitivo**

**Considera-se com defeito cognitivo:**

- analfabetos  $\leq 15$  pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

Exame realizado ao Sr.<sup>o</sup> N, doente com 58 anos, tem o 4<sup>o</sup> ano de escolaridade.

Encontra-se internado com o diagnóstico de Encefalopatia hepática, apresenta antecedentes pessoais de etilismo crónico, litíase renal, litíase vesicular e pseudoquistos pancreáticos.





**Mini Mental State Examination (MMSE)**

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? 1916

Em que mês estamos? Janeiro

Em que dia do mês estamos? 1

Em que dia da semana estamos? segunda-feira

Em que estação do ano estamos? Primavera

**Nota:** 0

Em que país estamos? Portugal

Em que distrito vive? Castelo Branco (errado)

Em que terra vive? Tomar (certo)

Em que casa estamos? Hospital de Abrantes

Em que andar estamos? 1º (errado)

**Nota:** 3

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra 1

Gato 1

Bola 1

**Nota:** 3

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21 \_ 18\_ 15\_

**Nota:** 1

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra   1  

Gato   1  

Bola   0  

**Nota:**   2  

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio   1  

Lápis   1  

**Nota:**   2  

b) "Repita a frase que eu vou dizer: "O RATO ROEU A ROLHA"

**Nota:**   1  

c) "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita   1  

Dobra ao meio   1  

Coloca onde deve   1  

**Nota:**   3  

d) "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos   1  

**Nota:**   1  

e) "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

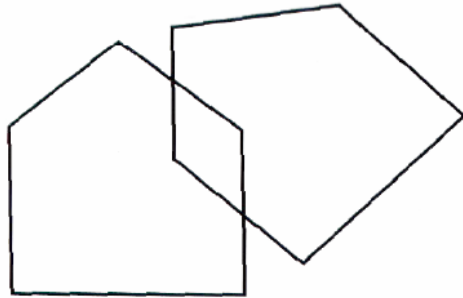
Frase:

(Refere não conseguir, começa a tentar escrever, mas não consegue desenhar as letras)

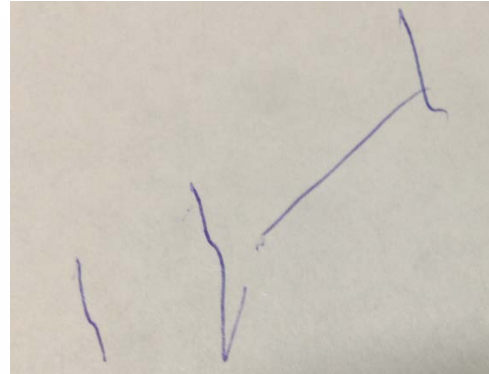
**Nota:**   0

### 6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:



**Nota:** 0

**TOTAL** (Máximo 30 pontos): 16

**Defeito cognitivo**

**Considera-se com defeito cognitivo:**

- analfabetos  $\leq 15$  pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

Exame realizado ao Sr.<sup>o</sup> N, doente com 58 anos, tem o 4<sup>o</sup> ano de escolaridade.

Encontra-se internado com o diagnóstico de Encefalopatia hepática, apresenta antecedentes pessoais de etilismo crónico, litíase renal, litíase vesicular e pseudoquistos pancreáticos.



Apêndice VI – Encaminhamento de Enfermagem para a Rede Nacional de  
Cuidados Continuados Integrados



REDE NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS  
REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Nome: [REDACTED]

Admissão no Hospital: 17-10-2016

Previsão de Alta: 01-01-0001

Serviço: MEDICINA II [REDACTED]

**Situação / Evolução Clínica:**

Doente recorreu ao Serviço de Urgência por diminuição da força muscular no hemicorpo esquerdo. Tem como antecedentes pessoais Gastrectomia sub-total com gastrectojunostomia, prótese total da anca à direita.

**Situação Neurológica / Comportamento:**

Doente consciente, orientado auto e alopsiquicamente, calmo e colaborante. No início do programa de reabilitação: força muscular de 4/5 no membro superior esquerdo e 1/5 no membro inferior esquerdo. Atualmente apresenta força muscular de 5/5 no membro superior esquerdo e 4/5 no membro inferior esq.

**Comunicação:**

Sem alterações

**Visão:** Diminuída

**Audição:** Compensada

**Higiene e Conforto:** Dependente Elevado

**Alimentação:** Dependente Moderado

Dieta: Ligeira

Obs: Reforço hidrico

**Eliminação:** Dependente Moderado

**Eliminação vesical:**

Observações: Doente urina para urinol

**Eliminação intestinal:**

Observações: Doente solicita auxilio para se deslocar ao w.c.

**Movimentação:** Dependente Moderado

Posicionamento: padrão anti-espastico

Alternar decúbito num período 3 horas

Transferência: Assistir e incentivar à transferência

Levante: Sim

Risco de cair: Alto risco de queda

Auxílios de Marcha: Andarilho

Programa de reabilitação funcional / Fisioterapia: Fisioterapia e reabilitação funcional motora

Sim

Observações: Potencial de recuperação, com alteração de força muscular no membro superior esquerdo de 4/5 para 5/5 e no membro inferior esquerdo de 1/5 para 4/5 após início do programa de reabilitação

**Integridade da pele / mucosas:**

Úlcera de Pressão: Não

Feridas (Cirúrgicas / Traumáticas): Não

Observações: Baixo risco de úlcera de pressão

**Tipologia Proposta:** Convalescença

**Motivo da proposta / Objectivos a atingir:**

Aumentar a qualidade de vida; Conferir independência nos autocuidados, maximizando a funcionalidade, minimizar os déficits residuais.

Data: 26-10-2016

Enfermeiro/a: [REDACTED]

Nome: [REDACTED]

Admissão no Hospital: 07-11-2016

Previsão de Alta: 01-01-0001

Serviço: MEDICINA II [REDACTED]

**Situação / Evolução Clínica:**

Doente que deu entrada no Serviço vinda do Hospital de São José da Unidade de neurocríticos onde recorreu por prostração e hemiparesia esquerda. Apresenta antecedentes pessoais de AVC isquémico, HTA e Dislipidémia. Doente do ponto de vista respiratório eupneica, com hipopneia, respiração abdominal, saturações periféricas de oxigénio na ordem dos 89% com aporte de oxigénio por máscara de venturi a 6l/min. À auscultação pulmonar apresenta diminuição do murmúrio vesicular bilateralmente.

**Situação Neurológica / Comportamento:**

Doente do ponto de vista neurológico letárgica, com força muscular de 0/5 (Escala de Lower) em ambos os membros superiores e inferiores, com rigidez articular no membro superior e inferior direito e espasticidade de 1 (Asworth modificada) no membro superior e inferior esquerdo.

**Comunicação:**

Afásica

Visão: Compensada

Audição: Compensada

Higiene e Conforto: Dependente Elevado

Alimentação: Dependente Elevado

Dieta: Dieta polimérica para diabéticos

SNG n.º: 16

Eliminação: Dependente Elevado

**Eliminação intestinal:**

Dispositivos de absorção: Fralda

Movimentação: Dependente Elevado

Posicionamento: padrão antiespástico

Alternar decúbito num período 2/2 horas

Levante: Não

Risco de cair: Baixo risco de queda

Programa de reabilitação funcional / Fisioterapia: Reeducação funcional motora e reeducação funcional respiratória  
Sim

Observações: Iniciado programa de reabilitação funcional motora e respiratória.

**Integridade da pele / mucosas:**

Úlceras de Pressão: Não

Feridas (Cirúrgicas / Traumáticas): Não

Observações: Alto risco de úlcera de pressão

Tipologia Proposta: Longa Duração

**Motivo da proposta / Objectivos a atingir:**

Prevenção de complicações; Minimizar os défices residuais; Aumentar a capacidade funcional; Melhorar a qualidade de vida; Melhorar a dinâmica ventilação perfusão.

Data: 08-11-2016

Enfermeiro/a: [REDACTED]



## Apêndice VII – Estudo de Caso na UCC



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Reabilitação**  
Estágio

**Estudo de Caso**

**Filipa Andreia Simões dos Santos**

**Lisboa**  
**Fevereiro, 2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Reabilitação**

Estágio

**Estudo de Caso**

**Filipa Andreia Simões dos Santos**

Orientador: Professor Joaquim Paulo Cabral Oliveira

**Lisboa**

**Fevereiro, 2017**



## **LISTA DE ABREVIATURA E/OU SIGLAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

ECCL – Equipe de Cuidados Continuados Integrados

HTA – Hipertensão Arterial

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SU – Serviço de Urgência

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UP – Úlceras por pressão

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	5
1. APRESENTAÇÃO DA SR <sup>a</sup> . M .....	6
1.1. Antecedentes pessoais .....	6
1.2. Medicação habitual .....	6
2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL .....	7
3. EXAME NEUROLÓGICO (14.12.2016) .....	8
3.1. Estado mental .....	8
3.2. Pares Cranianos .....	8
3.3. Motricidade .....	10
3.4. Sensibilidade (superficial e profunda) .....	11
3.5. Equilíbrio .....	11
3.6. Marcha .....	12
4. AVALIAÇÃO DE ESCALAS .....	12
5. DESVIOS DE SAÚDE .....	12
6. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	13

## APÊNDICES

Apêndice I – Escala de Glasgow

Apêndice II – Escala de Morse

Apêndice III – Escala de Braden

Apêndice IV – Escala de Barthel

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho surge no âmbito do estágio que se encontra a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do [REDACTED] no sentido de dar resposta ao Projeto de Aprendizagem. Consta num estudo de caso de uma doente acometida por Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico, doente que avaliei e planeei cuidados. O planeamento de cuidados foi realizado em linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

Em termos de organização, é descrito numa primeira fase a apresentação da Sr.<sup>a</sup> M, seguida da 1<sup>a</sup> avaliação neurológica, e por fim o plano de cuidados definido para a doente em função dos principais desvios de saúde encontrados, em termos de enfermagem de reabilitação.

## **1. APRESENTAÇÃO DA SRª. M**

A senhora M. tem 85 anos, e era uma pessoa independente em todas as atividades de vida diária até ao dia 1 de setembro de 2016, apesar de ter sido vítima de AVC isquémico em 2013, ficou sem sequelas. É casada, sendo o marido independente em todas as AVD, têm 4 filhos em comum que se encontravam todos a viver em África do Sul, contudo após a situação de doença da mãe a filha mais velha que é solteira e não tem filhos deixou o seu emprego e veio para Portugal apoiar a mãe. Atualmente a Senhora M. vive com o marido e com a filha mais velha.

A informação obtida provém de entrevista com a doente, o marido e duas filhas da Senhora M. e da informação disponível no processo clínico.

### **1.1. Antecedentes pessoais**

HTA (Hipertensão Arterial)

ICC (insuficiência cardíaca congestiva)

Fibrilhação Auricular

Dislipidémia

Anemia ferropénica

Hiperuricemia

AVC isquémico há 3 anos sem sequelas

Desconhece alergias

Todas as patologias referenciadas encontram-se controladas através de terapêutica oral.

### **1.2. Medicação habitual**

Eliquis 2,5mg – 22h

Amlodipina + Telmisartan 5mg + 40mg – 9h

Alopurinol Ciclum 300mg – 13h

Bisoprolol 5mg – 13h

Lansoprazol 30mg – 8h

Sulfato ferroso + Ácido fólico 247,25mg + 0,35mg – 9h

Sinvastatina + Ezetimida 20mg + 10mg – 20h

Sinemet 25/100mg – 9h/12h/22h



Tercian 40mg 10gotas – 9h/22h

Dagravit – 9h

## **2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL**

No dia 01/09/2016, a Senhora M. iniciou um quadro de diminuição da força muscular do hemicorpo esquerdo, tendo apresentado um agravamento progressivo ao longo do dia, sendo que à noite não se conseguiu levantar da cama para ir à casa de banho, motivo que a fez recorrer ao Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar [REDACTED] – Unidade de [REDACTED] no dia 02/09/2016 pela manhã. Realizou TAC CE e eco-doppler carotídeo e vertebral, ficando internada no Serviço de Medicina com o diagnóstico de AVC isquémico, apresentando-se consciente, orientada auto e alopsiquicamente, calma e colaborante. Com uma força muscular mantida à direita e de 3/5 (Escala de Lower) à esquerda no membro superior e inferior. Durante o internamento cumpriu programa de reabilitação de fisioterapia a partir do dia 7 de setembro de 2016. Teve alta do Serviço de Medicina para o domicílio no dia 14 de setembro de 2016, recorrendo à Unidade de Saúde Familiar (USF) do [REDACTED], local onde pertence. A USF encaminhou a Senhora M. para a UCC, esta unidade após visita domiciliária considerou que a doente apresentava critérios para ser encaminhada para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), como a dependência total e a necessidade de reabilitação. Na referida visita domiciliária verificou-se que a Senhora M. apresentava três úlceras por pressão (UP), uma em cada calcanhar, sendo ambas de grau IV e uma no dorso do pé esquerdo de grau III. Posteriormente, à visita domiciliária referida anteriormente, a médica de família da doente terá realizado uma visita médica onde diagnosticou Parkinson à Senhora M. tendo-a medicado para esse fim, informação que foi facultada pela filha da doente.

### **3. EXAME NEUROLÓGICO (14.12.2016)**

#### **3.1. Estado mental**

##### **Consciência**

A senhora M. encontra-se num estado de sonolência, mais concretamente, letárgica, com abertura espontânea dos olhos, orientada na resposta verbal e obedece a ordens simples. Apresenta um score de 14 segundo a escala de Glasgow (ANEXO I).

##### **Orientação**

Orientada auto e alopsíquicamente.

##### **Atenção**

Dispersa a atenção com facilidade, o que faz com que haja diminuição da concentração no programa de reabilitação, dificultando o mesmo.

##### **Memória**

Apresenta memória imediata e recente a curto e longo prazo mantidas.

##### **Linguagem**

A senhora M. apresenta um discurso espontâneo sem alterações na compreensão, nomeação e repetição.

##### **Neglect**

Sem alterações

#### **3.2. Pares Cranianos**

##### **I – Olfativo**

Sem alterações

##### **II – Ótico**

Sem alterações

##### **III – Motor ocular comum**

Sem alterações, pupilas isocóricas, isosimétricas, isoreativas

**IV – Patético**

Sem alterações

**V – Trigêmeo**

Sem alterações

**VI – Motor ocular externo**

Sem alterações

**VII – Facial**

Sem alterações

**VIII – Auditivo**

Audição – Sem alterações

Equilíbrio – equilíbrio estático mantido, não foi testado equilíbrio dinâmico por a doente apresentar as UP em ambos os calcanhares.

**IX – Glossofaríngeo**

Sem alterações

**X – Pneumogástrico / Vago**

Não apresentou reflexo de vômito aquando do toque na região posterior da língua ou na úvula.

**XI – Espinhal**

Força muscular de grau 4

**XII – Grande Hipoglosso**

Protusão da língua, sem alterações e sem desvio.

### 3.3. Motricidade

#### Força Muscular (Escala de Lower)

Segmentos	Movimentos	Hemicorpo direito	Hemicorpo esquerdo
Cabeça e pescoço	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Flexão lateral	5	5
	Rotação	5	5
Escapulo-umeral	Flexão	4	4
	Extensão	4	4
	Adução	4	4
	Abdução	4	4
	Rotação interna	4	4
	Rotação externa	3	3
Cotovelo	Flexão	4	4
	Extensão	4	4
Antebraço	Pronação	4	4
	Supinação	4	4
Punho	Flexão	4	4
	Extensão	3	3
	Desvio radial	3	3
	Desvio cubital	3	3
	Circundação	4	4
Dedos da mão	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	4	4
	Abdução	4	4
	Circundação	3	3
	Oponência do polegar	4	4
Coxo femoral	Flexão	3	3
	Extensão	3	3
	Adução	3	2

	Abdução	3	2
	Rotação interna	2	2
	Rotação externa	2	2
Joelho	Flexão	4	4
	Extensão	4	3
Tibiotársica	Flexão plantar	2	2
	Dorsiflexão	1	1
	Inversão	1	1
	Eversão	1	1
Dedos do pé	Flexão	4	4
	Extensão	1	1
	Adução	0	0
	Abdução	0	0

### **Tónus muscular (Escala de Ashworth Modificada)**

Após avaliação de todos os movimentos em cada segmento conclui que não se verificou nenhum aumento do tónus muscular contudo apresenta rigidez articular ao nível do joelho direito.

### **Coordenação motora**

Apresenta discreta dismetria na prova Índice-nariz com ambos os membros superiores. Consegue realizar a prova calcanhar joelho com ambos os membros inferiores, sem limitações.

### **3.4. Sensibilidade (superficial e profunda)**

Apresenta sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) e profunda (proprioceção, discriminatória) mantidas.

### **3.5. Equilíbrio**

Apresenta equilíbrio estático mantido, não foi testado equilíbrio dinâmico por a doente apresentar as UP em ambos os calcanhares

### **3.6. Marcha**

Não foi possível realizar marcha, uma vez que a doente apresenta UP em ambos os calcanhares.

### **4. AVALIAÇÃO DE ESCALAS**

- Escala de Morse (Apêndice II) – Sem risco de queda
- Escala de Braden (Apêndice III) – Alto risco de úlcera por pressão
- Escala de Barthel (Apêndice IV) – Grau de dependência grave (índice de 20)

### **5. DESVIOS DE SAÚDE**

- Autocuidados: higiene, comer e beber, eliminação, posicionar-se, vestir e despir
- Letargia e compromisso da atenção
- Alto risco de queda
- Alto risco de Úlceras por Pressão

## 6. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Focos	Objetivos	Intervenções	Avaliação
Autocuidado higiene dependente em grau elevado	Promover o autocuidado; Prevenir o declínio Funcional.	<p><u>Iniciadas a 14.12.2016</u></p> <p>Explicar à Sr.<sup>a</sup> M e à filha a importância de se tentar higienizar aumentando o seu potencial funcional;</p> <p>Informar a filha da Sr.<sup>a</sup> M que deverá disponibilizar o tempo necessário para que esta se consiga higienizar, de modo que não se sinta pressionada;</p> <p>Explicar à filha da Sr.<sup>a</sup> M que deverá incentivar a mãe a realizar a higiene oral.</p>	<p>14.12.2016 – A Sr.<sup>a</sup> M não se encontra recetiva ao ensino, nem expressa resposta quando questionada se vai colaborar com a filha na higiene. A filha da Sr.<sup>a</sup> M apresenta-se interessada no ensino, fazendo questões mais concretas de como pode fazer para que a doente colabore.</p> <p>20.12.2016 – A Sr.<sup>a</sup> M apresenta-se recetiva ao ensino e argumenta que já costuma lavar a cara, foi questionado a filha sobre a veracidade ao que foi explicado que tal facto não acontece todos os dias, mas que a Sr.<sup>a</sup> M se encontra mais colaborante nos cuidados de higiene.</p>

			30.01.2017 – Falta de recetividade da filha da Sr. <sup>a</sup> M e da própria. A filha manifesta exaustão física, psíquica e emocional, não concorda com o ensino realizado, referindo mesmo que “não vale a pena, faço tudo pela minha mãe e ela só me trata mal”. Foi chamada à atenção a Sr. <sup>a</sup> M e reforçado o ensino, não obteve resposta. Oferecido apoio emocional à filha.
Autocuidado comer e beber dependente em grau moderado	Promover o autocuidado; Conferir independência no autocuidado; Prevenir o declínio Funcional.	<u>Iniciadas a 14.12.2016</u>  Informar a filha da Sr. <sup>a</sup> M, que a deve incentivar a alimentar-se pela própria mão;  Explicar e facultar à filha da Sr. <sup>a</sup> M dispositivos de compensação (colocar ligadura no cabo dos talheres para facilitar a preensão, antiderrapante debaixo do prato).	14.12.2016 – Feito ensino, a filha da Sr. <sup>a</sup> M apresenta-se recetiva, a Sr. <sup>a</sup> não verbaliza, nem quando questionada. Foram colocadas ligaduras no cabo de uma colher e de um garfo a fim de a filha conseguir estimular a Sr. <sup>a</sup> M.  20.12.2016 – Foi incentivada a Sr. <sup>a</sup> M a ingerir água pela própria mão, pegou na garrafa e bebeu. Quando questionada a filha se conseguiu que a Sr. <sup>a</sup> M se alimente sozinha, refere que é muito difícil, que começa a



			<p>refeição pela própria mão diversas vezes contudo não a finaliza. Foi incentivada a filha a incentivar a Sr.<sup>a</sup> M a finalizar a refeição e aguardar mais tempo antes de lhe dar a alimentação à boca.</p> <p>30.01.2017 – A filha da Sr.<sup>a</sup> M não se encontra recetiva aos ensinamentos e a Sr.<sup>a</sup> M não emite resposta quando questionada.</p>
Autocuidado eliminação dependente em grau elevado	Promover o autocuidado; Conferir independência no autocuidado; Promover a continência.	<p><u>Iniciadas a 14.12.2016</u></p> <p><u>Eliminação vesical:</u> Conhecer os hábitos, de eliminação vesical, anteriores ao AVC; Informar a filha da Sr.<sup>a</sup> M que deverá restringir a ingestão hídrica a partir das 19h;</p>	<p>14.12.2016 – A filha da Sr.<sup>a</sup> M encontra-se muito recetiva aos ensinamentos, a Sr.<sup>a</sup> M não responde quando abordada.</p> <p>20.12.2016 – A Sr.<sup>a</sup> M mostra-se recetiva, mas argumenta que elimina na fralda por não conseguir deambular. A filha da Sr.<sup>a</sup> M refere que tem tentado que a mãe a chame quando necessita de ir ao W.C. mas sempre sem sucesso, referindo inclusive que só</p>

		<p>Explicar à filha da Sr.<sup>a</sup> M que deverá avaliar as características da eliminação urinária (quantidade, regularidade, coloração, odor);</p> <p>Incentivar com reforço positivo sempre que a micção ocorra no w.c.</p> <p><u>Eliminação intestinal:</u></p> <p>Conhecer os hábitos, de eliminação intestinal, anteriores ao AVC;</p> <p>Explicar à filha da Sr.<sup>a</sup> M quais os horários ideais para as dejeções, após refeições e após levantar, para usufruir do reflexo gastro e orto-cólico;</p>	<p>esporadicamente lhe refere que tem a fralda suja.</p> <p>30.01.2017 – A filha da Sr.<sup>a</sup> M não se encontra recetiva aos ensinamentos, refere que não adianta fazer nada, que a mãe não a ajuda. Foi chamada à atenção a Sr.<sup>a</sup> M e reforçado o ensino, não obteve resposta.</p>
--	--	---	---

		<p>Informar a filha da Sr.<sup>a</sup> M que deverá vigiar as características da eliminação intestinal (regularidade, consistência e coloração);</p> <p>Incentivar com reforço positivo sempre que a dejeção ocorra no w.c;</p> <p>Informar a filha da Sr.<sup>a</sup>. M dos benefícios da utilização da arrastadeira e da não utilização de fralda, incentivando a aquisição da mesma.</p>	
Posicionar-se dependente em grau elevado	Promover o autocuidado;	<p><u>Iniciadas a 14.12.2016</u></p> <p>Executar técnica de posicionamento em padrão</p>	14.12.2016 – A filha da Sr. <sup>a</sup> M encontra-se muito recetiva aos ensinamentos. Foram realizados os exercícios de mobilização, e concomitantemente explicados à filha. Foi

	<p>Conferir independência no autocuidado;</p> <p>Prevenir inconvenientes relacionados com a imobilidade;</p> <p>Prevenir o declínio Funcional.</p>	<p>antiespástico e ensinar a filha da Sr.<sup>a</sup> M a realizar os posicionamentos.</p> <p>Oferecer folheto informativo, sobre os posicionamentos adequados em doentes com AVC, à filha da Sr.<sup>a</sup> M;</p> <p>Incentivar a Sr.<sup>a</sup> M a posicionar-se;</p> <p>Executar atividades terapêuticas;</p> <p>Incentivar ao uso de atividades terapêuticas, como rolar para alternar decúbitos;</p> <p>Executar exercícios de amplitude de movimentos ativos</p>	<p>posicionada a Sr.<sup>a</sup> M em padrão antiespástico e explicado à filha quais os aspetos importantes daquele posicionamento, o que é importante contrariar, no posicionamento.</p> <p>Realizadas atividades terapêuticas e incentivada a Sr.<sup>a</sup> M a efetuar as mesmas, sem sucesso.</p> <p>20.12.2016 – A Sr.<sup>a</sup> M encontra-se recetiva aos ensinamentos, colaborou ativamente nas atividades terapêuticas.</p> <p>30.01.2017 – A Sr.<sup>a</sup> M não se mostra recetiva aos ensinamentos, não colabora nas mobilizações, contrariando os movimentos, foi posicionada em padrão antiespástico, tenta retirar as almofadas colocadas.</p>
--	--	--	---

		<p>assistidos e resistidos ao nível dos membros superiores e pescoço, respeitando as limitações articulares;</p> <p>Executar exercícios de amplitude de movimentos passivos ao nível dos membros inferiores e pés, respeitando as limitações articulares, exceto na flexão e extensão dos joelhos, onde deverão ser realizados movimentos ativos livres e resistidos.</p>	
Autocuidado vestir e despir dependente em grau elevado	<p>Promover o autocuidado;</p> <p>Conferir independência no autocuidado;</p>	<p><u>Iniciadas a 20.12.2016</u></p> <p>Estimular a Sr.<sup>a</sup> M a vestir e despir;</p>	<p>20.12.2016 – A Sr.<sup>a</sup> M encontra-se colaborante e recetiva ao ensino, assim como a filha que se mostra interessada em aprender a técnica correta de vestir e despir.</p>

	Prevenir o declínio Funcional.	<p>Ensinar a filha da Sr.<sup>a</sup> M a estimulá-la a vestir e despir;</p> <p>Oferecer folheto informativo de como vestir e despir o doente com AVC.</p>	<p>30.01.2017 – A Sr.<sup>a</sup> M não responde quando se tenta incentivar a vestir e despir, não colabora, quando chamada à atenção fecha os olhos. A filha da Sr.<sup>a</sup> M não se encontra recetiva aos ensinamentos.</p>
Letargia e compromisso da atenção em grau moderado	Promover o estado vígil e a concentração	<p><u>Iniciadas a 14.12.2016</u></p> <p>Avaliar o estado de consciência/alterações neurológicas, usando a escala de Glasgow, em cada contacto;</p> <p>Incentivar a Sr.<sup>a</sup> M a manter-se desperta, recorrendo a TV, rádio ou outras atividades que goste de desenvolver;</p> <p>Proporcionar ambiente calmo, com o mínimo de distrações</p>	<p>14.12.2016 – A Sr.<sup>a</sup> M não se apresenta recetiva ao programa de reabilitação, não responde quando abordada. Foi questionada a filha sobre uma possível alteração do padrão de sono-vigília, ao que a filha respondeu afirmativamente. Foi dado conhecimento à médica de família da Sr.<sup>a</sup> M que procedeu a uma visita domiciliária e fez revisão terapêutica.</p> <p>20.12.2016 – A filha da Sr.<sup>a</sup> M refere que o padrão de sono-vigília parece encontrar-se normalizado. A Sr.<sup>a</sup> M encontra-se reativa e</p>

		<p>aquando do programa de reabilitação;</p> <p>Promover a colaboração da Sr.<sup>a</sup> M nos cuidados e atividades terapêuticas e explicar à filha que o deve fazer e como;</p> <p>Chamar a Sr.<sup>a</sup> M sempre pelo nome porque gosta de ser chamada;</p> <p>Avaliar os sinais vitais em cada contacto;</p> <p>Executar levante para a beira da cama em cada contacto e explicar à filha que o deve fazer diariamente;</p>	<p>colaborante no programa de reabilitação. À nossa chegada a senhora estaria a ver TV.</p> <p>30.01.2016 – A Sr.<sup>a</sup> M encontra-se letárgica, não colaborante no programa de reabilitação. A filha informa-nos que há novamente alteração do padrão de sono-vigília. Foi dado conhecimento à médica de família e feito ensino à filha sobre medidas para promover a vigília no período diurno e facilitar o sono no período noturno.</p>
--	--	--	---

		<p>Oferecer folheto informativo sobre o levante e transferência dos doentes com AVC;</p> <p>Verificar se existe alteração do padrão de sono-vigília, caso exista incentivar a ida ao médico de família a fim de corrigir a situação.</p>	
Alto risco de Queda	Evitar a ocorrência de quedas	<p><u>Iniciadas a 14.12.2016</u></p> <p>Avaliar a escala de Morse em cada contacto;</p> <p>Ensinar sobre medidas de prevenção de queda à Sr.ª M e à filha;</p>	<p>14.12.2016 – A filha da Sr.ª M mostra-se muito recetiva aos ensinios e refere ir arranjar medidas preventivas de queda, como a grade para a cama.</p> <p>20.12.2016 – À nossa chegada a Sr.ª M encontra-se na cama, já com grades aplicadas de ambos os lados.</p>



		<p>Ensinar medidas de segurança à Sr.<sup>a</sup> M e à filha;</p> <p>Ensinar a filha da Sr.<sup>a</sup> M a gerir o ambiente.</p>	<p>30.01.2017 - Doente manteve alto risco de queda durante todo o tempo, mas sem nenhum episódio de queda a registar. Foram reforçados os ensinamentos de prevenção de queda à Sr.<sup>a</sup> M e à filha.</p>
Alto risco de Úlcera por Pressão	<p>Promover a integridade da pele</p> <p>Evitar ocorrência de novas Úlceras por Pressão</p>	<p><u>Iniciadas a 14.12.2016</u></p> <p>Explicar à Sr.<sup>a</sup> M e à filha a importância de alternar decúbitos com regularidade, preferencialmente de 2/2h;</p> <p>Elucidar a filha da Sr.<sup>a</sup> M dos cuidados a ter com a pele (cuidados de higiene, manter a pele seca, aplicação de creme hidratante);</p>	<p>14.12.2016 – A filha da Sr.<sup>a</sup> M encontra-se recetiva aos ensinamentos, foram sugeridos alguns dispositivos de prevenção de úlceras por pressão.</p> <p>20.12.2016 – A cama da Sr.<sup>a</sup> M possui colchão de pressão alterna e a Sr.<sup>a</sup> tem aplicadas em ambos os pés calcanheiras.</p> <p>30.01.2017 – Foram reforçados os ensinamentos, contudo a filha não se apresenta recetiva.</p>

		<p>Ensinar à filha da Sr.<sup>a</sup> M os sinais de alarme, de ocorrência de nova UP;</p> <p>Ensinar à filha da Sr.<sup>a</sup> M a importância de fazer uma alimentação adequada, rica em proteínas e com ingestão de líquidos em quantidade adequada.</p>	
--	--	--	--

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Escala de Glasgow**

Escala de Glasgow da Senhora M.

Variáveis		Score
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

**Total = 14**

## **Apêndice II – Escala de Morse**

Escala de Morse da Senhora M.

Item	Escala	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses	Não – 0 Sim – 25	0
2. Diagnóstico Secundário	Não – 0 Sim – 15	15
3. Ajuda para caminhar Nenhum/ ajuda de enfermeiro/ acamado/ cadeira de rodas Muletas/ canadianas/ bengala/ andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0  15 30	0
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina	Não – 0 Sim – 20	0
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20	0
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	0
<b>Total</b>		<b>15</b>

Nível de Risco	Pontuação da Escala de Morse
<b>Sem risco</b>	<b>0 – 24</b>
Baixo Risco	25 – 50
Alto risco	≥ 51

**Sem Risco de Queda**

### **Apêndice III – Escala de Braden**



Escala de Braden da Senhora M.

<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1</b> Totalmente limitada	<b>2</b> Muito limitada	<b>3</b> Levemente limitada	<b>4</b> Nenhuma limitação	3
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1</b> Pele constantemente húmida	<b>2</b> Pele muito húmida	<b>3</b> Pele ocasionalmente húmida	<b>4</b> Pele raramente húmida	3
<b>Atividade</b> Nível de atividade física	<b>1</b> Acamado	<b>2</b> Sentado	<b>3</b> Anda ocasionalmente	<b>4</b> Anda frequentemente	2
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1</b> Completamente imobilizado	<b>2</b> Muito limitada	<b>3</b> Ligeiramente limitada	<b>4</b> Nenhuma Limitação	2
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1</b> Muito pobre	<b>2</b> Provavelmente inadequada	<b>3</b> Adequada	<b>4</b> Excelente	3
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1</b> Problema	<b>2</b> Problema potencial	<b>3</b> Nenhum problema		1
<b>Total</b>					14

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- **Alto Risco de Úlcera por Pressão – Pontuação  $\leq 16$**
- **Baixo Risco de Úlcera por Pressão – Pontuação  $\geq 17$**

## **Apêndice IV – Escala de Barthel**

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	Índice
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e o copo	10	0
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne pão e utilizar copo	5	
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0	
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5	0
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava sozinho	0	
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5	0
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0	
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	10	0
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5	
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0	
Eliminação intestinal (*)	Continência Normal	10	10
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema	5	
	Incontinente	0	
Eliminação vesical (*)	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado.	10	10
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda	5	
	Incontinência	0	
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10	0
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5	
	Dependente	0	
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15	0
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10	
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5	
	Dependente		

Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15	0
	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10	
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5	
	Dependente	0	
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10	0
	Necessita de ajuda física – ou supervisão para o fazer	5	
	Dependente	0	

(\*) avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento.

### **Soma do índice 20**

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

<b>Grau de dependência em função do resultado</b>	
<20	Total
<b>20-35</b>	<b>Grave</b>
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

## Apêndice VIII – Panfletos e folheto sobre AVC



## POSICIONAMENTO EM PADRÃO ANTIESPÁSTICO

### Sentado:

- ◆ Quando estiver sentado, o braço afetado deve estar apoiado numa almofada com a mão virada para cima, com os pés devidamente apoiados no chão, preferencialmente, e se tolerar, pode, por períodos, cruzar as pernas, colocando a perna afetada em cima da outra;
- ◆ Não devem ser usadas almofadas nos pés, pois estimulam o espasmo em extensão e aumenta o tónus muscular.



## ASPETOS A CONSIDERAR NOS POSICIONAMENTOS

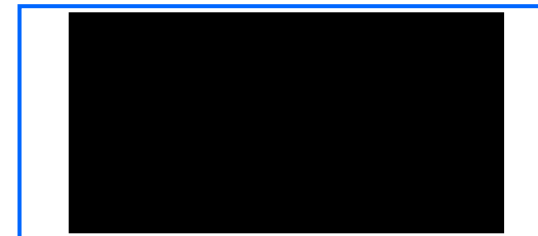
- ◆ Informe a pessoa para que lado vai ser virada;
- ◆ Garanta o alinhamento corporal e dos vários segmentos;
- ◆ Os posicionamentos preconizados são: o de costas, o para o lado sã e o para o lado afetado;
- ◆ O decúbito dorsal (de costas) é o que mais favorece a espasticidade e por isso o menos indicado;
- ◆ Dê preferência aos decúbitos laterais (de lado), porque não agravam o padrão espástico;
- ◆ O posicionamento para o lado afetado promove a reintegração corporal, devido ao peso do corpo exercido nos pontos de apoio, contudo deve ser restringido o tempo que fica sobre o lado afetado devido às alterações da sensibilidade e ao risco de provocar “ombro doloroso”.

### CONTACTOS ÚTEIS

*Linha de Saúde 24* : 808 24 24 24

*INEM*: 112

*UCC* [REDACTED]



## POSICIONAMENTOS DA PESSOA COM AVC



Elaborado por: Filipa Santos (aluna do 7º CMER)

# POSICIONAMENTO EM PADRÃO ANTI-ESPÁSTICO



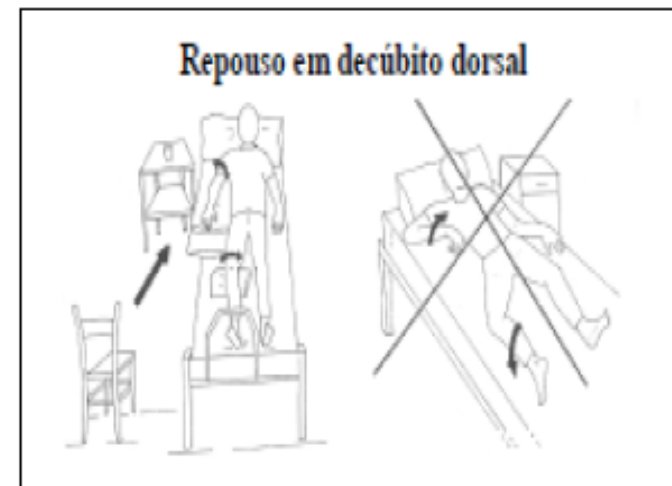
## Para o lado afetado:

- ◆ Coloque uma almofada alta debaixo da cabeça para contrariar a inclinação lateral;
- ◆ Apoie o braço que fica por baixo, o afetado, na cama, esticado e afastado do corpo com a mão virada para cima e aberta;
- ◆ Puxe o ombro afetado ligeiramente para a frente;
- ◆ A perna afetada apoiada no colchão deve ficar fletida ao nível do joelho;
- ◆ A perna e o pé são devem ficar apoiados sobre almofadas dobrando ligeiramente a anca e o joelho.



## Para o lado são:

- ◆ Coloque uma almofada baixa debaixo da cabeça ou não coloque nenhuma de forma a inclinar a cabeça para o lado são;
- ◆ Apoie o braço afetado estendido sobre almofada e à altura do ombro, com a mão aberta e virada para baixo (cotovelo, punho e dedos em extensão);
- ◆ Coloque uma almofada debaixo da perna afetada, com o joelho ligeiramente dobrado;
- ◆ A perna são fica livre, ligeiramente esticada e atrás da perna afetada.



## De costas:

- ◆ Coloque uma almofada debaixo da cabeça, inclinando-a para o lado são;
- ◆ A almofada deverá acompanhar os ombros;
- ◆ O braço afetado fica apoiado numa almofada com a mão aberta virada para cima;
- ◆ Coloque almofadas desde a bacia até atrás dos joelhos;



## TRANSFERÊNCIA CAMA/CADEIRA COM DOIS CUIDADORES

---

### Da cama para a cadeira

- ♦ Um cuidador fica à cabeceira da cama, cruza os braços da pessoa, coloca as mãos por dentro e agarra nos antebraços da pessoa usando as mãos opostas;
- ♦ O segundo cuidador segura nas pernas e transferem-na para a cadeira de rodas.



## TRANSFERÊNCIA CAMA/CADEIRA COM DOIS CUIDADORES

---

### Da cadeira para a cama

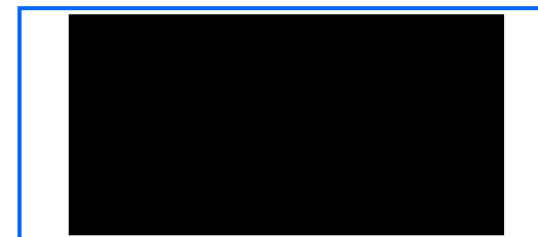
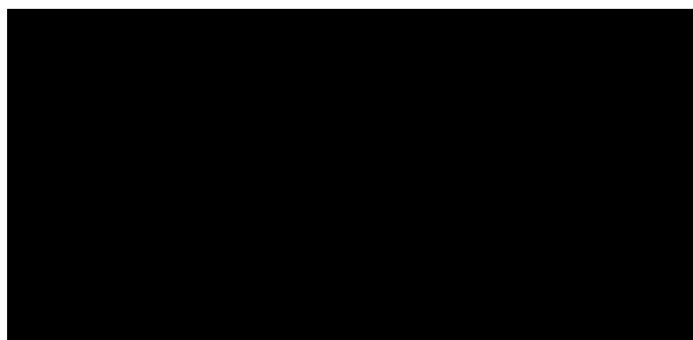
- ♦ A pessoa coloca os braços em redor dos ombros e costas do cuidador;
- ♦ O cuidador que está à frente da pessoa coloca os pés em frente aos pés desta;
- ♦ O segundo cuidador segura pelas calças ou cinto. Os dois cuidadores ao mesmo tempo rodam a pessoa para cima da cama.

### CONTACTOS ÚTEIS

**Linha de Saúde 24 :** 808 24 24 24

**INEM:** 112

**UCC** [REDACTED]



## LEVANTE E TRANSFERÊNCIA DA PESSOA COM AVC



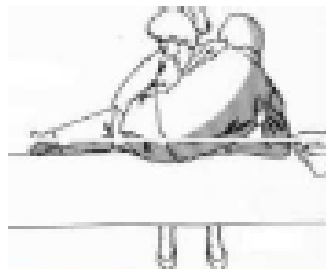
Elaborado por: Filipa Santos (aluna do 7º CMER)

# TÉCNICA DE LEVANTE E TRANSFERÊNCIA COM UM CUIDADOR

- ♦ O cuidador auxilia a pessoa a rolar-se para o lado afetado;
- ♦ Cruzar a perna afetada sobre a menos afetada;
- ♦ Segurar na mão não afetada, puxar, e em simultâneo, com a outra mão estabilizar o lado afetado;
- ♦ Colocar as pernas pendentes na cama;
- ♦ Passar da posição de deitado para a posição de sentado;
- ♦ Transferir a pessoa da cama para a cadeira de rodas.

## Da cama para a cadeira e vice-versa:

- ♦ O cuidador posiciona-se em frente da pessoa e tranca o joelho afetado com o seu joelho;
- ♦ Apoia o braço afetado;
- ♦ Segura na cintura com a outra mão e com um movimento único, levanta-a, roda e senta-a na cadeira de rodas.



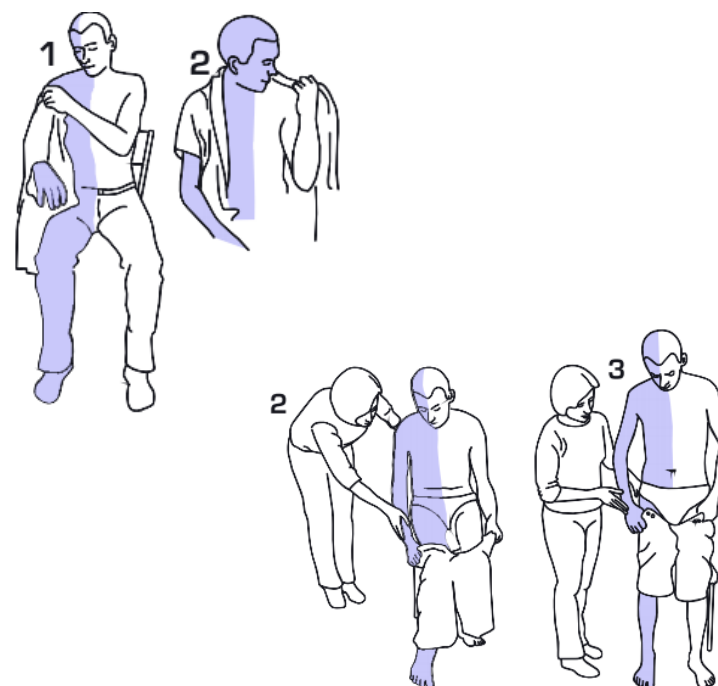
## Transferência cama/cadeira com um cuidador

- ♦ Colocar a cadeira de rodas ao lado da cama, com as costas viradas para os pés da cama num ângulo de 30°;
- ♦ Travar as rodas, levantar ou retirar o apoio do braço que fica encostado à cama e lateralizar os pedais;
- ♦ Sentar a pessoa na cama com os pés pendentes;
- ♦ Calçá-la, preferencialmente com calçado fechado e antiderrapante;
- ♦ Segurá-la pela cintura, auxiliando-a a se levantar, virar-se e sentar-se na cadeira.





## Vestir e despir a pessoa com hemiplegia



Elaborado por:

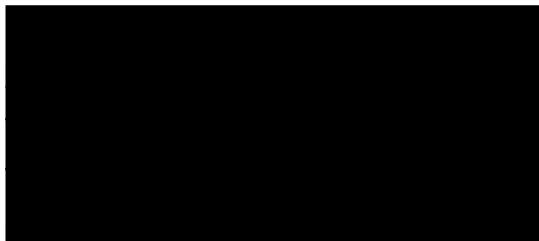
Filipa Santos - Aluna do 7º CMER

### CONTACTOS ÚTEIS

**Linha de Saúde 24** : 808 24 24 24

**INEM**: 112

**UCC** [REDACTED]



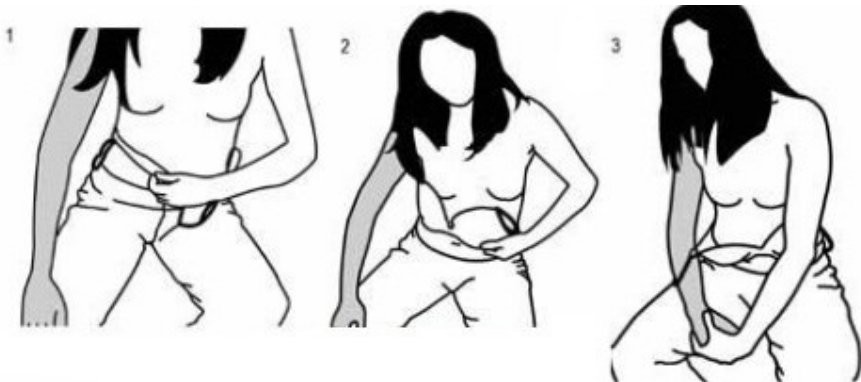
- Deixe a pessoa vestir-se e despir-se sozinha;
- Dê apenas a ajuda necessária;
- Permita que a pessoa com AVC demore o tempo de que necessita;
- Elogie e encoraje todos os progressos obtidos.

**ATENÇÃO: Ajudar não significa substituir o outro!**

## Vestuário e Calçado

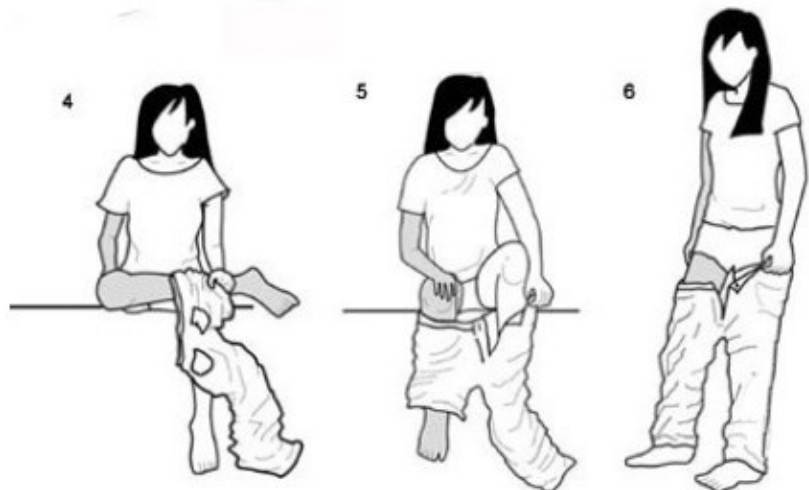
### Soutien (vestir)

- Use um soutien de apertar à frente, se possível;
- Se for de apertar atrás:
  - coloque o soutien em volta da cintura, com a parte de trás virada para a frente;
  - aperte os colchetes;
  - rode-o para a posição correta;
  - com a mão sã, leve as alças até aos ombros.
- Para despir o procedimento é igual.



### Dicas

- Não permaneça de pijama, mesmo que não saia de casa;
- Seja o próprio a escolher a sua roupa;
- Use roupa um pouco mais larga e com elasticidade, para deslizar mais facilmente;
- O vestuário para o tronco deve ser abotoado à frente;
- As casas dos botões devem ser alargadas e os botões pequenos substituídos por outros maiores ou velcro;
- Substitua os botões das calças por fecho éclair;
- As calças são mais fáceis de vestir do que saias e meias;
- Use sapatos com sola antiderrapante, prefira os com elásticos ou velcro aos com atacadores.



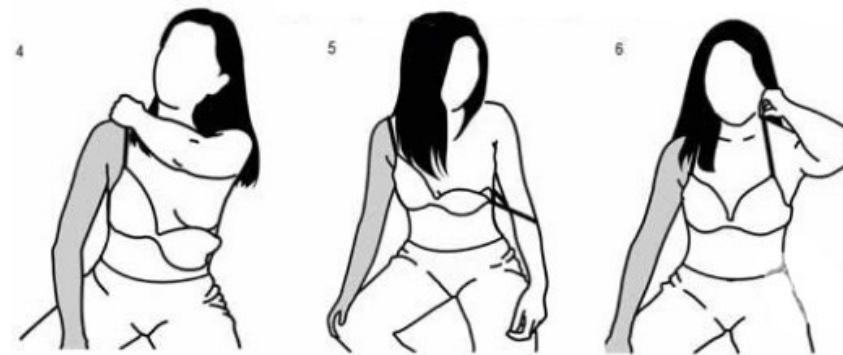
### Calças (despir)

- Se conseguir equilibrar-se de pé, apoie-se na perna sã;
- Desaperte as calças e puxe-as para baixo;
- Sente-se;
- Dispa em 1º lugar a perna sã e em seguida a afetada.

### Sapatos (calçar)

- Com a ajuda da mão sã, cruze a perna afetada sobre a perna sã;
- Segure o pé e introduza o sapato;
- Se não conseguir calçar totalmente o sapato, utilize uma calçadeira de cabo comprido.

Para descalçar o procedimento é igual.

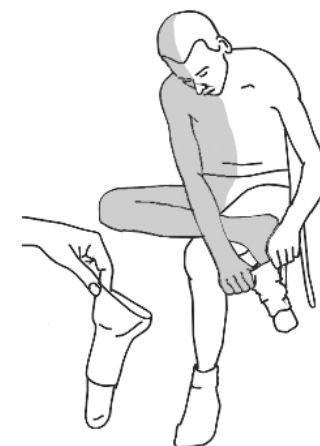


### Meias (calçar)

- Com a mão sã, cruze a perna afetada, de forma que o pé fique ao alcance da mão sã;
- Com a ajuda da mão sã, coloque a abertura (mantida pelo polegar e os dedos indicador e médio) no pé afetado;
- Com o pé no chão, acabe de a calçar.

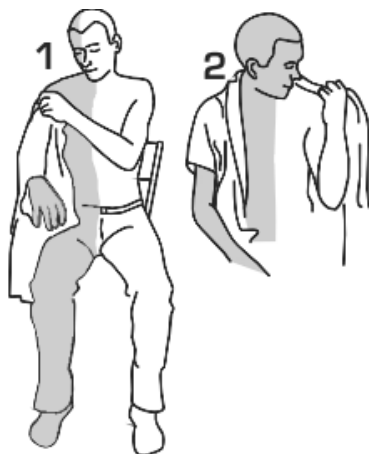
### Meias (descalçar)

- Com a mão sã, cruze a perna afetada sobre a perna sã;
- Descalce a meia;
- Em seguida, cruze a perna sã sobre a perna afetada ;
- Descalce a outra meia.



### Camisa, vestido ou casaco (vestir)

- Sente-se numa cadeira;
- Coloque a peça de roupa no colo;
- Desdobre e desabotoe;
- Coloque a parte da frente voltada para baixo, com o colarinho junto dos joelhos;
- Com a mão sã, introduza a mão afetada na manga correspondente;
- Puxe-a até ao cotovelo e posteriormente, até ao ombro e às costas;
- Introduza de seguida a mão sã na outra manga e vista-a;
- Se for um vestido, levante-se e ajeite a saia antes de o abotoar.

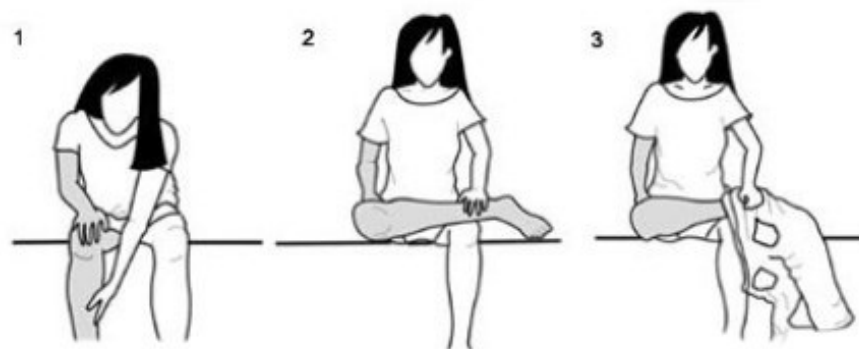


### Camisa, vestido ou casaco (despir)

- Desaperte os botões com a mão sã;
- De seguida, puxe pela cabeça a roupa com a mão sã, até ficar com o ombro livre;
- Retire a manga;
- Com a mão sã, dispa a manga do braço afetado.

### Calças (vestir)

- Sente-se e cruze a perna afetada sobre a perna sã, com a ajuda da mão sã;
- Em seguida, coloque a calça na perna afetada até ao joelho;
- Descruze as pernas;
- Coloque a calça na perna sã e puxe-a para cima o máximo possível;
- Se conseguir estar de pé, encoste-se a uma parede e puxe-as totalmente para cima com a mão sã;
- Puxe o fecho éclair, com auxílio de uma argola ou fita colocada para o efeito;
- Se não conseguir estar de pé, deite-se, dobre o joelho sã e apoie-se sobre o pé sã, para levantar as ancas, puxe as calças até à cintura e abotoe-as.



Apêndice IX – Artigo para a rádio





## **Acidente Vascular Cerebral**

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença vulgarmente conhecida como “trombose”. Inicia-se subitamente e caracteriza-se pela falta de irrigação sanguínea num determinado território do cérebro. Pode ser secundário à oclusão de alguma artéria, ou seja, um coágulo que entupiu um vaso sanguíneo (isquémico), ou pela sua rutura originando uma hemorragia no cérebro (é o chamado AVC hemorrágico). Os principais fatores de risco da ocorrência de AVC são a hipertensão arterial, o colesterol elevado, as pessoas com idade mais avançada, a aterosclerose, a diabetes, o consumo de tabaco, a obesidade, os maus hábitos alimentares, o sedentarismo, o stress e as doenças cardíacas.

As consequências do AVC variam consoante o tipo, a área afetada e a extensão das lesões que o AVC provocou no cérebro. São frequentemente devastadoras quer para a pessoa, quer para a sua família, podendo afetar inúmeros aspetos da vida quotidiana como os movimentos, a orientação, a visão, o equilíbrio, a memória, a fala, a deglutição, as emoções, entre outras. De uma forma geral podemos dizer que quando a lesão ocorre na metade esquerda do cérebro afeta o lado direito do corpo e a comunicação. Se a lesão ocorrer na metade direita do cérebro, o AVC afeta o lado esquerdo do corpo, a concentração e a capacidade de nos orientarmos no tempo e no espaço.

Em Portugal, o AVC assume-se como um grave problema de saúde pública, constituindo a principal causa de morte e de incapacidade nas pessoas com mais idade. Está calculado que no nosso país seis pessoas em cada hora sofrem um AVC e que duas a três morrem em consequência desta doença. Em termos genéricos, o número de vítimas mortais por mês em Portugal equivale à queda de um avião (mais de 500 pessoas) e, por ano, os AVC são responsáveis pela morte de 200 em cada 100.000 portugueses.

Por tudo isto e para não correr riscos e evitar surpresas desagradáveis, deixe de fumar, controle regularmente o seu peso, a tensão arterial, o nível de açúcar e de gordura no sangue.

Faça uma alimentação saudável:

- diminua o consumo de sal, para isso reduza o consumo de azeitonas, bacalhau seco e salgado e caras de bacalhau, os caldos de carne/ peixe/ galinha/ legumes em cubos, as conservas, o tomate concentrado, os enchidos, os molhos (ketchup,

maionese e mostarda), os produtos de charcutaria (presunto, a mortadela, toucinho fumado e paio), os queijos secos e gordos, opte pelo queijo fresco. Não leve o saleiro para a mesa, para evitar adicionar sal fino aos alimentos já confeccionados.

Para dar sabor à sua refeição utilize condimentos como o alho, a cebola, o sumo de limão, o vinagre e o aipo e/ou ervas aromáticas tais como o cebolinho, a salsa, o louro, os coentros, o tomilho, os orégãos e a hortelã, deixe o peixe ou a carne a marinar em temperos sem sal, antes de os confeccionar.

- diminua o consumo de açúcares, tenha atenção que existem açúcares que são rapidamente absorvidos e digeridos pelo nosso organismo e, por esse motivo, dão pouca saciedade, são exemplo disso o açúcar, os bolos e os refrigerantes. Deve dar-se preferência aos açúcares complexos que são absorvidos e digeridos lentamente pelo nosso organismo, conferindo-nos saciedade, como os cereais, as batatas, o arroz, a massa e as leguminosas secas (feijão, grão e lentilhas).

- diminua o consumo de gorduras, evite as gorduras saturadas como a manteiga, as natas, as carnes vermelhas, as carnes gordas, os enchidos, os queijos, o leite gordo e os iogurtes gordos preferindo as gorduras insaturadas como os peixes gordos, como o salmão, as sardinhas e cavala, dê também preferência ao azeite, ao óleo de amendoim ou de girassol, às amêndoas e ao abacate.

Evite os alimentos fritos e as bebidas alcoólicas, acompanhe com água todos os momentos e vinho, preferencialmente tinto, ocasionalmente, de forma moderada e apenas às refeições principais.

Lembre-se que o ovo é um bom substituto para a carne ou para o peixe, pode comer um ovo por dia.

Pratique atividade física com regularidade, como por exemplo: uma caminhada de 30 minutos diária, hidroginástica, dança...

Cumpra a medicação receitada pelo seu médico, horários e dosagens.

Porque mais vale prevenir que remediar, cuide da sua saúde!

Em caso de dúvidas, dirija-se ao seu Centro de Saúde e aconselhe-se com o seu Enfermeiro.

**ANEXOS**



Anexo I – Escala de Glasgow



## Escala de Glasgow

Variáveis		Score
<b>Abertura Ocular</b>	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
<b>Resposta Verbal</b>	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras	2
	incompreensivas	1
	Nenhuma	
<b>Resposta Motora</b>	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1





## Anexo II – Escala de Barthel



# Escala de Barthel

Auto cuidado	Categorias	Pontuação	Índice
Comer	Totalmente Independente – Leva a comida do prato à boca e o copo	10	
	Necessita de ajuda – Precisa de ajuda para cortar carne pão e utilizar copo	5	
	Dependente – Incapaz de se alimentar ou faz alimentação parentérica	0	
Lavar-se	Independente – Entra e sai sozinho do banho	5	
	Dependente – Precisa de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou para se secar ou não se lava sozinho	0	
Arranjar-se	Independente – Lava o rosto, mãos, penteia-se, lava os dentes, barbeia-se sem ajuda	5	
	Dependente – Necessita de ajuda para se arranjar	0	
Vestir-se	Independente – Veste e despe a roupa, abotoa, aperta fechos cintos e sapatos	10	
	Necessita de ajuda – Veste e despe a roupa parcialmente	5	
	Dependente – Não se veste ou despe sozinho	0	
Eliminação intestinal (*)	Continência Normal	10	
	Episódios de incontinência – Episódios ocasionais, necessita de ajuda para administrar supositórios ou enema	5	
	Incontinente	0	
Eliminação vesical (*)	Continência Normal – É capaz de cuidar de cateter se o tiver colocado.	10	
	Um episódio diário – como máximo de incontinência, ou necessita ajuda para cuidar da sonda	5	
	Incontinência	0	
Ir ao sanitário	Independente – para ir ao sanitário, para retirar e colocar a roupa	10	
	Necessita de ajuda – para ir ao sanitário, mas limpa-se sozinho	5	
	Dependente	0	
Transferir-se	Independente – para ir da cadeira para a cama	15	
	Necessita de ajuda – mínima para o fazer	10	
	Necessita de ajuda significativa para o fazer – mas é capaz de manter-se sentado sozinho	5	
	Dependente		
Deambular	Independente – caminha sem ajuda cerca de 50 metros	15	

## Escala de Barthel

	Necessita de ajuda – física ou supervisão para caminhar 50 metros	10	
	Move-se em cadeira de rodas sem ajuda	5	
	Dependente	0	
Escadas	Independente – para subir ou descer escadas	10	
	Necessita de ajuda física – ou supervisão para o fazer	5	
	Dependente	0	

(\*) avaliar a situação relativamente à semana prévia ao internamento.

Soma do índice \_\_\_\_\_

Máxima pontuação: 100 pontos (90 se mover-se em cadeira de rodas)

Grau de dependência em função do resultado	
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥60	Leve
100	Independente

Anexo III – Escala de Berg



## Escala de Berg

	DESCRIÇÃO DOS ITENS	Pontuação (0-4)
1	Da posição de sentado para a posição de pé	
2	Ficar em pé sem apoio	
3	Sentado sem apoio	
4	Da posição de pé para a posição de sentado	
5	Transferências	
6	Ficar em pé com os olhos fechados	
7	Ficar em pé com os pés juntos	
8	Inclinar-se para a frente com o braço esticado	
9	Apanhar um objeto do chão	
10	Virar-se para olhar para trás	
11	Dar uma volta de 360 graus	
12	Colocar os pés alternadamente num degrau	
13	Ficar em pé com um pé à frente do outro	
14	Ficar em pé sobre uma perna	
	TOTAL	

Descrição	Categorias	Pont.
<b>1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.	Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma	4
	Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos	3
	Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas	2
	Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável	1
	Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar	0
<b>2. FICAR EM PÉ SEM APOIO</b>	Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos	4

## Escala de Berg

<b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar. Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.	Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão	3
	Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos	2
	Necessita de várias tentativas para se manter de pé, sem apoio, durante 30 segundos	1
	Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda	0
<b>3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.	Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos	4
	Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão	3
	Mantém-se sentado durante 30 segundos	2
	Mantém-se sentado durante 10 segundos	1
	Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos	0
<b>4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, sente-se.	Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos	4
	Ao sentar-se recorre às mãos	3
	Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida	2
	Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida	1
	Necessita de ajuda para se sentar	0
<b>5. TRANSFERÊNCIAS</b>	Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos	4



## Escala de Berg

<b>INSTRUÇÕES:</b> Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot”. Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.	Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos	3
	Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão	2
	Necessita de ajuda de uma pessoa	1
	Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança	0
<b>6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.	Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos	4
	Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão	3
	Consegue manter-se em pé durante 3 segundos	2
	Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável	1
	Necessita de ajuda para evitar a queda	0
<b>7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS</b>  <b>INSTRUÇÕES:</b> Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto	4
	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão	3
	Consegue manter os pés juntos, de forma autónoma, mas não consegue manterá posição durante 30 segundos	2
	Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos	1

## Escala de Berg

	Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos	0
<p>8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ</p> <p>INSTRUÇÕES:            Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)</p>	Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)	4
	Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)	3
	Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)	2
	Inclina-se para a frente, mas necessita de supervisão	1
	Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo	0
9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A	Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança	4

## Escala de Berg

<p>PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ</p> <p>INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.</p>	Consegue apanhar o chinelo, mas necessita de supervisão	3
	Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma	2
	Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta	1
	Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda	0
<p>10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ</p> <p>INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.</p>	Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso	4
	Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso	3
	Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio	2
	Necessita de supervisão ao virar	1
	Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda	0
<p>11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS</p> <p>INSTRUÇÕES:</p>	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos	4
	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos	3

## Escala de Berg

<p>Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.</p>	Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança, mas lentamente	2
	Necessita de supervisão ou de indicações verbais	1
	Necessita de ajuda enquanto dá a volta	0
<p>12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO</p> <p>INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.</p>	Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos	4
	Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos	3
	Consegue completar 4 degraus sem ajuda, mas com supervisão	2
	Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda	1
	Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar	0
<p>13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO</p> <p>INSTRUÇÕES: (DEMOSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exatamente em frente do outro.</p>	Consegue colocar um pé exatamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos	4
	Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos	3

## Escala de Berg

<p>Se sentir que não consegue colocar o pé exatamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).</p>	<p>Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos</p>	2
	<p>Necessita de ajuda para dar um passo, mas consegue manter a posição durante 15 segundos</p>	1
	<p>Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé</p>	0
<p><b>14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA</b></p> <p><b>INSTRUÇÕES:</b> Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.</p>	<p>Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos</p>	4
	<p>Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos</p>	3
	<p>Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais</p>	2
	<p>Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma</p>	1
	<p>Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda</p>	0
<p><b>PONTUAÇÃO TOTAL (máximo = 56)</b></p>		



#### Anexo IV – Escala de Braden





## Escala de Braden

<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	<b>1</b> Totalmente limitada	<b>2</b> Muito limitada	<b>3</b> Levemente limitada	<b>4</b> Nenhuma limitação	
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>1</b> Pele constantemente e húmida	<b>2</b> Pele muito húmida	<b>3</b> Pele ocasionalmente e húmida	<b>4</b> Pele raramente húmida	
<b>Atividade</b> Nível de atividade física	<b>1</b> Acamado	<b>2</b> Sentado	<b>3</b> Anda ocasionalmente	<b>4</b> Anda frequentemente	
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1</b> Completamente imobilizado	<b>2</b> Muito limitada	<b>3</b> Ligeiramente limitada	<b>4</b> Nenhuma Limitação	
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>1</b> Muito pobre	<b>2</b> Provavelmente inadequada	<b>3</b> Adequada	<b>4</b> Excelente	
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1</b> Problema	<b>2</b> Problema potencial	<b>3</b> Nenhum problema		
<b>Total</b>					

O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:

- Alto Risco – Pontuação  $\leq 16$
- Baixo Risco – Pontuação  $\geq 17$



## Anexo V – Escala de Morse



## Escala de Morse

Item	Escala	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses	Não – 0 Sim – 25	
2. Diagnóstico Secundário	Não – 0 Sim – 15	
3. Ajuda para caminhar Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30	
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina		
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilitado Dependente de ajuda	0 10 20	
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15	
Total		

Nível de Risco	Pontuação da Escala de Morse
Sem risco	0 – 24
Baixo Risco	25 – 50
Alto risco	≥ 51



## Anexo VI – Mini Mental State Examination





## Mini Mental State Examination (MMSE)

### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

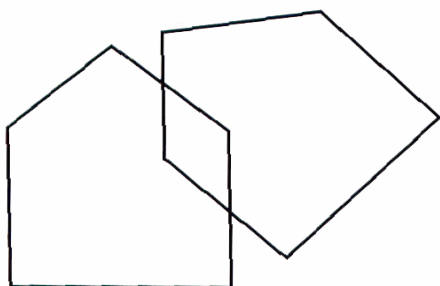
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**TOTAL**(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Considera-se com defeito cognitivo:**

- analfabetos  $\leq 15$  pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$
- com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$

## Anexo VII – Avaliação dos EEER orientadores



ANEXO II

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO

APRECIACÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Filipe Santos

Local de Estágio: Serv. Medicina I - 14 [REDACTED] Início: 06.09.16 Fim: 25.11.16

Orientador: Dr. euf. [REDACTED]

Chegado a este momento, é possível proceder a uma avaliação global de todo o percurso de uma forma geral todos os parâmetros preconizados foram atingidos com sucesso desenvolvimento. Nesta forma é possível o aumento de competências no área da enfermagem de reabilitação, bem como o aprofundar de conhecimentos em áreas específicas.

O Filipe apresentou boa capacidade de integração e adaptação no seio da equipa enfermeira/multidisciplinar. Importa mencionar a capacidade de avaliar a pessoa doente, implementar e monitorizar planos de enfermeira/gestores, tendo por base as necessidades reais e potenciais, usando os instrumentos adequados em cada momento.

Os resultados obtidos são reflexo de uma caminhada repleta de investimentos e de boas práticas de trabalho de cada comunidade de aprendizagem.

DATA: 29/11/2016

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
		<span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>	Filipe Santos



ANEXO II

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO

APRECIÇÃO DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO/DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Estudante: Filipa Andreia Simões dos Santos

Local de Estágio: U.P. Comunitária [REDACTED] Início: 28/11/2014 Fim: 10/12/2014

Orientador: [REDACTED]

A aluna foi assídua, pontual, organizada, muito responsável, demonstrando sempre interesse pela aprendizagem, adquirindo crescente autonomia ao longo do estágio. Integrou a equipa sem dificuldades, antecipa com outros profissionais e com os pacientes da comunidade. Demonstra ter conhecimentos técnicos e aplicá-los de forma correta na prática. Preta cuidados de enf. de reabilitação à pessoa/família, tendo em conta cada situação, identificando as suas necessidades e capacidades, respeitando sempre a individualidade de cada um, estabelecendo plano de cuidados personalizado. Considero que de uma forma geral todos os objectivos foram atingidos, pelo que avalio a sua prestação com Muito Bom (180).

DATA:

ASSINATURAS:	ORIENTADOR ESEL	ORIENTADOR ESTÁGIO	ESTUDANTE
		<span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>	